616-058
M54

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI MANAGEMENT

Chișinău – 2005

616-05
M 54

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

**D. Tintiuc, M. Raevschi, L. Spinei, I. Onceanu,
N. Iodko, S. Ştefaneț**

MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI MANAGEMENT

(Compendiu pentru studenți)

548160
UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"
BIBLIOTECA

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2005

CZU 616–058 (075.8)
M 54

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemiţanu, procesul verbal nr. 7 din 20 mai 2004

Recenzenţi:
I. Mereuţă, profesor universitar, doctor habilitat în ştiinţe medicale
G. Ciobanu, profesor universitar, doctor habilitat în ştiinţe medicale

Redactor ştiinţific:
D. Tintiuc, profesor universitar, doctor habilitat în ştiinţe medicale

Redactor: *Lidia Câssa*
Corector: *Nicolae Bătrânu*
Machetare computerizată: *Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii
Medicină socială şi management: (Compendiu pentru studenţi) / D. Tintiuc, M. Raevschi, L. Spinei, ...; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu". – Ch.: CEP *Medicina,* 2005. – 328 p.
Bibliogr. p. 324–326 (37 tit.)
ISBN 9975–918–21–2
200 ex.

616–058 (075.8)

ISBN 9975–918–21–2

© CEP *Medicina,* 2005
© D. Tintiuc şi alţii, 2005

PREFAȚĂ

Necesitatea elaborării recomandărilor metodice actuale în domeniul Medicina Socială şi Managementul (MSM) este determinată de utilizarea în procesul de instruire a studenţilor a experienţei internaţionale, a aspectelor teoretice şi practice de predare a specialităţii, precum şi a direcţiilor prioritare de dezvoltare a sistemului de sănătate din Republica Moldova.

Medicina Socială şi Managementul la etapa actuală reprezintă o sinteză a cunoştinţelor şi deprinderilor practice în strânsă legătură cu ştiinţele biomedicale, clinice şi medico-sociale, cu problemele economico-financiare, manageriale şi de organizare a sistemului de sănătate. Astfel MSM este o ştiinţă care are interacţiune cu alte ştiinţe şi este orientată spre aplicarea noilor metode şi mijloace în studierea, promovarea şi ameliorarea sănătăţii individuale sau colective cu implicarea obligatorie şi nemijlocită a tuturor sectoarelor de activitate la nivel statal şi comunitar.

Recomandările metodice se constituie din două componente de bază:

1. **Medicina Socială** include un şir larg de metode epidemiologice, statistice, matematice, manageriale etc. şi mijloace ce ţin de analiza şi evaluarea indicilor (demografici, morbidităţii, invadilităţii şi dezvoltării fizice) şi factorilor socio-economici, biologici, mediului ambiant şi sistemului de sănătate în promovarea sănătăţii individuale şi a comunităţii (publice).

2. **Managementul sanitar** este o parte componentă a Medicinei Sociale care studiază formele şi metodele contemporane de organizare, planificare, economie, finanţare, analiză, evaluare şi control al activităţii instituţiilor medico-sanitare din sistemul sănătăţii.

Recomandările metodice sunt destinate pentru studenţii Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu" şi au ca scop iniţierea lor în noua orientare şi mai ales în acumularea cunoştinţelor şi deprinderilor practice pentru aplicarea noilor metode şi mijloace, orientate spre amelioarea sănătăţii populaţiei în sec XXI.

În condiţiile noi ale sec. XXI, Medicina Socială include toate activităţile utile şi eficiente în promovarea sănătăţii populaţiei, prevenirea bolilor, tratamentul şi reabilitarea medico-socială a pacientului, comunităţii sau populaţiei întregi.

Ea elaborează standarde necesare pentru orice țară (indiferent de starea dezvoltării), dar aplicarea practică a acestor standarde depinde de starea sanitară particulară și dezvoltarea economică a țării sau a localității respective.

Deci, MSM a sec. XXI include un complex vast de măsuri de protecție a mediului fizic și social, de menținere a comportamentului sănătos, metodologiei biomedicale, metode manageriale de organizare și finanțare a serviciilor de asistență medicală. Ea concentrează categoriile tradiționale ale sănătății populației, cum ar fi asanarea, controlul bolilor infecțioase, sănătatea mamei și copilului, epidemiologia cu servicii clinice, managementul sistemelor de sănătate și promovarea sănătății populației.

În aceste condiții MSM sunt adresate mediului social și fizic, precum și serviciilor personale menite să asigure necesitățile medico-sanitare individuale. Ea îmbină părțile componente ale Sănătății populației comunitar-orientate cu asistența medico-sanitară personală, care este individual orientată. Aceste componente trebuie analizate ca un complex întreg și nu separat, dacă dorim să satisfacem necesitățile medico-sanitare ale indivizilor și societății în sec. XXI.

Actualmente medicii de familie și specialiștii practicieni efectuează permanent măsuri organizatorico-metodice și de profilaxie, analizează indicii sănătății populației, apreciază factorii de risc ai sănătății, contingentele ce necesită evidența de dispensar, inclusiv a celor sănătoși, periodic analizează informația privind activitatea instituțiilor medico-sanitare publice ce figurează în documentele de evidență și dare de seamă, trag concluzii și propuneri evident necesare pentru ameliorarea stării de sănătate a populației, privind majorarea calității asistenței medicale acordate în instituțiile sanitare etc. Iată de ce însușirea profundă a cunoștințelor în domeniul MSM este necesară pentru toți absolvenții. Cunoștințele și deprinderile practice, după cum confirmă experiența, sunt utile medicilor de toate specialitățile, în special, managerilor de diverse ranguri. Despre aceasta ne mărturisesc rezultatele audierii absolvenților facultății medicale a USMF „N.Testemițanu", care activau și activează în diverse posturi din sistemul sănătății al RM. În scopul de a perfecționa sistemul de instruire a studenților în cadrul cursurilor și lecțiilor practice la

SPM, folosind practica pedagogică de profil şi experienţa colegilor de peste hotare, în corespundere cu programa pe specialitate, planul şi programul de studii al USMF „N.Testemiţanu" şi cerinţele contemporane ale medicinei, colectivul catedrei a elaborat şi editat (2002) Manualul „Sănătate Publică şi Management" şi acest compendiu pentru studenţi, rezidenţi şi magiştri. Ultimul conţine anumite îndrumări şi reguli metodico-didactice utile pentru efectuarea lecţiilor practice, fiecare temă include scopul ei şi argumentarea lui, sarcini instructiv-didactice, întrebări pentru autocontrol, deprinderi practice şi diverse variante de sarcini pentru studiul individual la fiecare temă aparte.

Utilizarea acestui compendiu la pregătirea şi efectuarea lecţiilor practice este obligatorie pentru fiecare student şi absolvent al USMF „N.Testemiţanu", care activează în specialitatea de profil. Pe parcursul pregătirii individuale pentru lucrarea practică studentul, cu ajutorul acestor materiale metodico-didactice, clarifică scopul şi argumentarea lui, sarcinile instructiv-didactice, folosind literatura necesară, studiază şi apreciază răspunsurile la întrebările de autocontrol.

Consolidarea materialului privind tema respectivă se înfăptuieşte după studierea schemei logice a temei, iar gradul de însuşire – după răspunsurile la întrebările de autocontrol, discutate în auditoriu sub egida profesorului, la teste de control programat şi la rezolvarea de fiecare student a unei variante de exerciţiu, concomitent cu formularea concluziilor la tema respectivă.

Indicaţii metodice pentru instruire la Sănătate Publică şi Management

Sănătatea publică şi management este studiată de către studenţi în semestrele VII (Sănătatea publică) şi VIII (Managementul). Programul de studiu include audierea unui ciclu de prelegeri şi efectuare a lucrărilor practice, unde studenţii studiază SPM, îşi consolidează cunoştinţele şi îşi perfecţionează deprinderile practice. Luând în considerare că prelegerile în majoritate nu dublează lucrările practice şi materialele manualului, studenţilor li se recomandă conspectarea lor. În timpul instruirii la catedră, studenţii urmează să respecte „Regulile de instruire şi comportare la catedră", afişate în fiecare clasă.

Lucrările practice sunt efectuate pe cicluri, conform orarului. Fiecare *lecţie practică începe cu aprecierea cunoştinţelor iniţiale ale* studenţilor, având la bază metoda de control programat şi a interogării orale. Urmează apoi consolidarea şi analiza materialului însuşit după schema grafologică a temei şi alte materiale didactice pentru ilustrare.

Exerciţiile practice rezolvate sunt incluse în „Lucrarea de curs", care are următorul model:

Catedra Sănătate publică şi management „N.Testemiţanu".
Şef de catedră, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar.
D.TINTIUC

Profesorul grupei _____

LUCRARE DE CURS

A studentului (ei) _____
A facultăţii, cursului, grupei. _____

Lucrarea de curs se prezintă în caiete aparte şi include procese verbale întocmite la toate temele lecţiilor practice. Fiecare proces verbal reflectă în mod consecvent: tema lecţiei practice, sarcina şi varianta concretă a exerciţiului, mersul rezolvării exerciţiilor propuse cu indicarea rezultatelor tuturor calculelor, analiza, concluziile

şi propunerile respective. Rezolvarea exerciţiilor se efectuează la calculator şi rezultatele se fixează pe maculator. După controlul efectuat de către profesor al rezultatelor obţinute, analiza lor minuţioasă, efectuarea concluziilor şi propunerilor respective, informaţiile şi datele obţinute se transcriu în caietul special pentru lucrarea de curs. Calitatea procesului verbal al lecţiei practice este controlată de către profesor în ziua curentă sau următoare. Verificarea se face la fiecare temă.

Lipsurile motivate la lucrările practice se recuperează în baza dispoziţiei decanatului la profesorul grupei sau cel de gardă, după un grafic special al catedrei. Studenţii, care au lipsit nemotivat la prelegeri şi la lucrările practice, iar absenţele lor n-au fost recuperate în timpul semestrului, studenţii care au încălcat regulile de comportare la catedră, sunt invitaţi la şedinţele catedrei pentru explicaţii.

După finisarea ciclului, profesorul efectuează atestarea studenţilor şi rezultatele sunt fixate în registrul profesorului şi prezentate la decanat.

Neatestaţi sunt studenţii, care au absentat la prelegeri, la lecţiile practice şi au note negative. Rezultatele atestării pe semestru (I–II) se aduc la cunoştinţă studenţilor şi media anuală se ia în considerare la examenul de promovare.

La sfârşitul semestrului IX, studenţii susţin examenul de promovare la această disciplină, care se desfăşoară în trei etape: testarea, rezolvarea problemei în scris şi oral (trei întrebări). La prima etapă de testare fiecare student răspunde la 100 întrebări cu 1,2,3 variante de răspuns corect. Testul pentru examen constă din complement simplu (un răspuns corect) şi compus (2–3 răspunsuri corecte). Coeficientul valorii testului constituie 0,5 din nota generală. La etapa orală studentul răspunde la 3 întrebări şi rezolvă o problemă. Coeficientul notei orale constituie 0,4 şi al mediei anuale – 0,1 din nota generală fixată în borderou.

Studenţii, care doresc să-şi perfecţioneze cunoştinţele şi manifestă un interes sporit faţă de SPM, au posibilitate să studieze problemele ce-i interesează, participând la cercul ştiinţific studenţesc al catedrei. Înscrierea se face de profesori.

Studenţii, care în decursul anului universitar au muncit sârguincios, au însuşit profund materialul, au participat activ la conferinţele anuale ştiinţifico-practice ale colaboratorilor şi studenţilor, la şedinţele cercului ştiinţific şi la disciplină au fost apreciaţi cu locuri prestigioase, conform hotărârii catedrei, pot fi eliberaţi de la examen.

PARTEA I

A. MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI BIOSTATISTICĂ

Tema: SĂNĂTATEA PUBLICĂ – ŞTIINŢĂ ŞI OBIECT DE STUDIU. BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂŢII PUBLICE ŞI A ACTIVITĂŢII INSTITUŢIILOR SANITARE. VALORILE RELATIVE

Scopul lecţiei practice: aprecierea Medicinei Sociale ca ştiinţă, obiect de instruire şi rolul ei în ameliorarea sănătăţii populaţiei. Rolul şi locul ei în pregătirea medicilor-practicieni.

Argumentarea scopului

În condiţiile contemporane ale dezvoltării societăţii, însuşirea bazelor metodologice şi legităţile medicinei sociale necesită ca viitorii specialişti să studieze problemele socio-economice, medicale într-un spectru larg, apt pentru a acumula şi analiza informaţia obiectivă, ce caracterizează acţiunea diverşilor factori, în special, a celor de risc asupra sănătăţii populaţiei în diferite condiţii istorice concrete. Aceasta permite argumentarea unei variante optime de organizare a asistenţei medicale, necesară populaţiei şi efectuarea profilaxiei diverşilor factori de risc ai Sănătăţii populaţiei. Deci, însuşirea Medicinei Sociale este strict necesară pentru fiecare absolvent al USMF „Nicolae Testemiţanu" – viitor medic-practician.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea conţinutului, sarcinilor şi metodelor de cercetare a Medicinei sociale.

2. Însuşirea legităţilor, indicilor şi determinarea factorilor de risc ce influenţează Sănătatea populaţiei.
3. Argumentarea Medicinei Sociale ca ştiinţă medicală şi specialitate profesională.
4. Argumentarea variantei optime de organizare a asistenţei medicale acordate populaţiei şi a profilaxiei factorilor de risc ai Sănătăţii populaţiei.

Întrebări pentru autocontrol

1. De ce medicul-practician are nevoie de cunoştinţe vaste în MS?
2. Medicina socială ca ştiinţă, obiect de studiu şi specialitate medicală.
3. Scopul şi obiectul de studiu al MS.
4. Sarcinile MS.
5. Metodele de cercetare a MS.
6. Caracteristica metodei statistice.
7. Sensul metodei sociologice.
8. Caracteristica metodei social-psihologice.
9. Sensul metodei experimentale.
10. Caracteristica metodei istorice.
11. Metoda economică şi însemnătatea ei.
12. Definiţia Sănătăţii populaţiei.
13. Indicii ce caracterizează Sănătatea populaţiei.
14. Factorii de risc ai Sănătăţii Publice şi structura lor.
15. Legităţile Sănătăţii Publice.

Deprinderi practice

1. A studia şi a evidenţia factorii de risc ai sănătăţii populaţiei rurale şi urbane.
2. Argumentarea ştiinţifică a variantei optime de organizare a asistenţei medicale a populaţiei.

3. Argumentarea ştiinţifică a măsurilor de profilaxie primară, secundară şi terţiară a factorilor de risc ai SP.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor expuse în variantele respective, se cer analizate şi apreciate:

a) scopul cercetării;
b) obiectivele cercetării;
c) metodele cercetării.

Varianta 1

În anul curent cota majorată a cauzelor principale ale mortalităţii infantile în Republica Moldova este marcată de: afecţiunile perinatale – 31%, malformaţiile congenitale – 28,1%, bolile aparatului respirator – 21,6% şi alte maladii – 19,3% cazuri.

Varianta 2

Nivelul (rata) mortalităţii materne în Republica Moldova (la 100 000 născuţi vii) s-a majorat în ultimii nouă ani şi constituie, respectiv: 1994 – 25,8; 1998 – 36,3 şi 2002 – 43,9 cazuri.

Varianta 3

Pe parcursul anilor 2001–2002 s-a majorat nivelul (rata) incidenţei de maladii ale aparatului circulator, inclusiv ale reumatismului, care în anii indicaţi constituie (la 10 000 populaţie): 101–129 şi 2,9–3,1 cazuri.

Varianta 4

Nivelul (rata) incidenței de diabet zaharat al populației Repu licii Moldova (la 10 000) s-a majorat de la 6,5 în a.2000 până la 8 cazuri în a.2002.

Varianta 5

În anii 2000–2002 s-a majorat nivelul (rata) incidenței popu lației Republicii Moldova de pneumonii, care în anii indicați constituit, respectiv (10 000 locuitori): 45,2 și 55,3 cazuri.

Varianta 6

Nivelul (rata) răspândirii (incidenței) bolilor aparatului digesti ale populației Republicii Moldova în anii 2000–2002 s-a majora mult și în anii indicați constituie, respectiv (la 10 000 locuitori) 154,8 și 208,7 cazuri.

Varianta 7

În anii de gestiune și curent, nivelul (rata) incidenței ulcerului stomacal și duodenal la 10 000 populație a Republicii Moldova constituie, respectiv, 11,2 și 14,2 cazuri.

Varianta 8

În Republica Moldova, pe parcursul anilor 2000 și 2002, s-a majorat (la 10 000 locuitori) nivelul (rata) incidenței de hepatite cronice și ciroze hepatice, care în anii indicați constituia respectiv: 14,6 și 17,5 cazuri.

Varianta 9

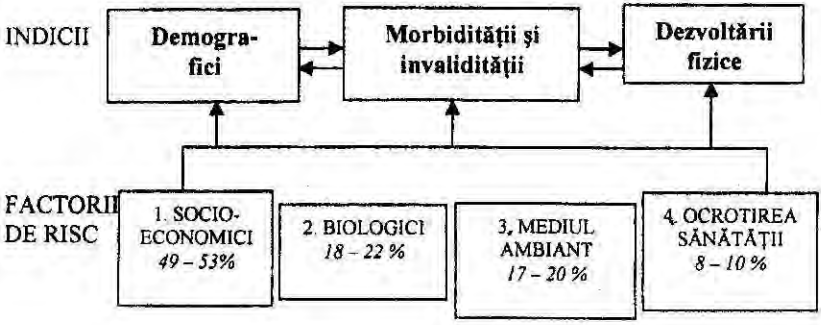
Nivelul (rata) incidenței și prevalenței de cancer s-a majorat și constituia respectiv, în anii 2000–2002: 152,6–169,3 și 899,3–923,2 la 10 000 mii locuitori ai Republicii Moldova.

Varianta 10

Pe parcursul anilor 2000–2003 s-a majorat mult nivelul (rata) incidenței de tuberculoză, care în anii indicați constituia, respectiv, 60,6 și 83,1 cazuri la 100 000 locuitori ai Republicii Moldova.

Tema: MEDICINA SOCIALĂ – ŞTIINŢĂ ŞI OBIECT DE STUDIU

Starea sănătăţii populaţiei este apreciată de:



Tema: BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂŢII POPULAŢIEI. VALORILE RELATIVE ŞI APRECIEREA EXACTITĂŢII LOR

Scopul lecţiei practice: însuşirea metagologiei calculării, analizei, aprecierii exactităţii valorilor relative, necesare în activitatea medicului practician şi a colaboratorului ştiinţific.

Întrebări de autocontrol

1. Definiţia şi compartimentele statisticii generale şi sanitare (biostatistica).
2. Problemele primordiale ale biostatisticii.
3. Definiţia totalităţii statistice, tipurile şi elementele ei.
4. Caracteristica totalităţii statistice generale şi selective (parţiale). Însuşirile.
5. Metodele de selectare a unităţilor de observare şi grupare a caracterelor.
6. Legea cifrelor mari.
7. Căile de formare a totalităţii selective.
8. De ce medicului-practician îi sunt necesare cunoştinţele în calcularea şi evaluarea valorilor relative?
9. Enumeraţi tipurile principale ale valorilor relative.
10. Ce indice caracterizează frecvenţa distribuţiei unui sau altui fenomen studiat?
11. În ce cazuri, indicii intensivi se calculează la 100, 1000, 10 000 de locuitori etc.? De ce depinde alegerea mărimii bazei de calcul al indicelui intensiv (ratei)?
12. Care din indicii relativi reflectă structura fenomenului sau a totalităţii statistice? Determinaţi noţiunea acestui indice, cum se numeşte altfel (sinonimul) şi cu ce scop se foloseşte ?
13. Prin exemple concrete din practica medicului, expuneţi metodica de calcul a indicelui extensiv ?
14. În ce cazuri se modifică majorarea sau micşorarea cotei unei porţiuni (de ce?). Ce fel de parte ?

15. Demonstraţi, pe baza unui exemplu, cum se calculează indicele de raport.
16. După care formulă se determină eroarea medie a reprezentativităţii valorilor relative ?
17. Cum se determină exactitatea diferenţei dintre mărimea indicilor a două totalităţi selective? Expuneţi formula şi explicaţi esenţa divergenţei.
18. Cum se determină limitele de încredere a indicilor intensivi (ratei)?
19. Caracteristica tabelei criteriului „t".
20. Prezentarea grafică a valorilor relative după întrebările din tema respectivă.

Sarcini instructiv-didactice

1. Acumularea şi calcularea cifrelor absolute.
2. Studierea metodelor de calcul, analiză şi utilizare a valorilor relative.
3. Aprecierea exactităţii valorilor relative.

Argumentarea scopului

Actualmente, însuşirea metodelor de calcul şi analiză a informaţiei veridice despre acţiunea factorilor de risc asupra stării sănătăţii populaţiei şi altor fenomene este utilă pentru fiecare medic-practician şi colaborator ştiinţific. Aceasta va evidenţia şi argumenta măsurile necesare pentru păstrarea şi ameliorarea stării sănătăţii populaţiei.

Deprinderi practice

1. A calcula şi analiza valorile relative.
2. A calcula limitele de încredere a indicilor totalităţii selective.
3. A aprecia esenţa divergenţei rezultatelor cercetărilor.
4. A caracteriza tabelul criteriului „t".

A. Calcularea valorilor relative

În baza datelor expuse în variantele respective, să se calculeze toţi indicii posibili:

- intensivi (ratei);
- extensivi(de structură);
- de raport.

Exemplu de rezolvare a problemei

Varianta 0

În anul de gestiune în raionul „R" numărul locuitorilor constituia 75 000. În acest an s-au născut 1908 şi au decedat 897 oameni, dintre care copii în vârsta până la un 1 an – 95. În raion activau 120 medici, inclusiv: internişti – 35; chirurgi – 30; medici de familie – 45; alte profesii – 10.

În raion în anul precedent s-au înregistrat indicii (la 1000 populaţie): natalităţii – 21,0; mortalităţii generale – 13,0; inclusiv infantile – 19,3.

Rezolvare:

1. Indicele intensiv (rata):

a) natalităţii = $\frac{\text{Nr. nou-născuţilor vii}}{\text{Nr. populaţiei}} \times 1000 = \frac{1908}{75\,000} \times 1000 = 25{,}44\ ‰$

b) mortalităţii generale = $\frac{\text{Nr. decedaţilor}}{\text{Nr. populaţiei}} \times 1000 = \frac{897}{75\,000} \times 1000 = 11{,}9‰$

c) mortalităţii infantile = $\frac{\text{Nr. decedaţilor până la 1 an de viaţă}}{\text{Nr. nou-născuţilor}} \times 1000 = \frac{95}{1908} \times 1000 = 49{,}7‰$

2. Indicele extensiv (de structură):

a) $$\text{Medici internişti} = \frac{\text{Nr. de internişti}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{35}{120} \times 100 = 29{,}2\ \%$$

b) $$\text{Medici chirurgi} = \frac{\text{Nr. de chirurgi}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{30}{120} \times 100 = 25{,}0\ \%$$

c) $$\text{Medici de familie} = \frac{\text{Nr. medicilor de familie}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{45}{120} \times 100 = 37{,}5\ \%$$

d) $$\text{Alte profesii} = \frac{\text{Nr. medicilor de alte profesii}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{10}{120} \times 100 = 8{,}3\ \%$$

3. Indicele de raport:

$$\text{Indicele de raport} = \frac{\text{Nr. total de medici}}{\text{Nr. total al populaţiei}} \times 10\,000 = \frac{120}{75\,000} \times 10\,000 = 16{,}0\ \%$$

Concluzie:

1. În acest an s-a majorat nivelul asigurării populaţiei raionului cu medici de la 12,7 (1940) până la 16,0 %;
2. În anul curent s-a majorat nivelul indicilor demografici, calculaţi indicele demografic comparativ cu cei din anul precedent.

648160
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ [illegible]RMACIE "NICOLAE TES[illegible]ŢEANU"
BIBLIOTECA

Varianta 1

În darea de seamă anuală a raionului F numărul total al locuitorilor e de 85 de mii. Pe parcursul anului, în unităţile sanitare au fost internaţi 20 100 bolnavi. În raion au lucrat 145 medici, dintre care 24 – terapeuţi, 13 – chirurgi şi 21 – stomatologi, alte specialităţi – 87 medici.

Varianta 2

În anul de gestiune în oraşul „B" numărul locuitorilor era de 145 000. Pe parcursul anului, în staţionarele oraşului au fost internaţi 35 000 bolnavi. Oraşul dispune de 497 medici, dintre care 95 – terapeuţi, 85 – stomatologi şi alte specialităţi – 317 medici. Staţionarele oraşului dispun de 1550 paturi.

Varianta 3

În darea de seamă anuală a raionului „D" numărul locuitorilor era de 70 000 mii. În instituţiile sanitare au fost înregistrate 175 cazuri de hepatită virală. În raion au lucrat 141 medici şi au fost 735 paturi, dintre care: 130 – de profil terapeutic, 75 – de profil chirurgical şi alte profiluri – 530.

Varianta 4

În anul de gestiune în oraşul „C" numărul locuitorilor era de 710 000, dintre care au fost înregistraţi 850 bolnavi cu tumuri maligne, cu diagnostic stabilit pentru prima dată în viaţă. În instituţiile sanitare ale oraşului activează 2745 medici, dispunând de 4620 paturi, din care: 2090 – de profil terapeutic, 935 – de profil chirurgical şi alte profiluri – 1595 paturi.

Varianta 5

În anul de gestiune în raionul „S" numărul locuitorilor era de 110 000, în vârstă de până la 15 ani – 37 000. În decursul anului au fost înregistrate 123 000 cazuri de maladii. În raion au lucrat 170 medici, dintre care 30 – pediatri, 15 – obstetricieni, 20 – stomatologi, terapeuţi – 50, chirurgi – 45 şi alte profiluri – 10 medici.

Varianta 6

În anul de gestiune numărul locuitorilor din oraşul „T" era de 170 000, de copii până la 15 ani - 55000. În decursul anului au fost înregistrate 185 000 cazuri de îmbolnăviri. În oraş au lucrat 610 medici, din care 93 – pediatri, 50 – obstetricieni, 85 – stomatologi terapeuţi – 50, chirurgi –45 şi alte profiluri – 10 medici.

Varianta 7

În anul gestionar în raionul „N" se enumerau 80 000 locuitori. În acest an s-au născut 1905 copii şi au decedat 908 oameni, dintre care copii în viaţă până la 1 an – 95. În raion au lucrat 118 medici, dispunând de 640 paturi, din ele 175 – pentru copii, 120 – de profil ginecologic.

Varianta 8

În anul gestionar în oraşul „B" se enumerau 130 000 locuitori. În acest an s-au născut 2150 şi au decedat 1100 oameni, inclusiv copii până la 1 an – 24. În oraş au lucrat 415 medici, dispunând de 1250 paturi, inclusiv pentru copii – 120, de profil ginecologic – 170.

Aprecierea exactității indicilor intensivi (rata)

Pe baza datelor prezentate în variantele corespunzătoare, se cere:

1. Să se calculeze limitele de încredere pentru datele comparative în cazurile când P = 95,5 sau P = 99,7%.
2. Să se determine veridicitatea diferenței valorilor indicilor a două totalități selective.
3. Se se argumenteze concluziile respective.

Exemplu de apreciere a exactității indicilor intensivi (ratei):

Varianta 0

În anul de gestiune în spitalul raional pentru copii numărul bolnavilor și decedaților de maladii ale organelor respiratorii a constituit:

Numărul bolnavilor spitalizați și decedați după vârstă

Vârsta bolnavilor (ani)	Bolnavi	Decedați	Letalitatea spitalicească (%)
3 – 4	*688*	*17*	*2,47*
5 – 6	*665*	*10*	*1,52*

Se poate confirma că nivelul (rata) letalității spitalicești în aceste două grupe (după vârstă) de bolnavi veridic se deosebește?

Rezolvare:

1. Calculăm indicii intensivi (rata) ai letalității spitalicești după vârste și aflăm veridicitatea diferenței dintre ei:

$$P_1 = \frac{17}{688} \times 100 = 2,47\%; \qquad P_2 = \frac{10}{665} \times 100 = 1,50\%;$$

Aflăm eroarea medie a indicilor calculaţi:

$$m_{P_1} = \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} = \frac{(2{,}47 \times [100 - 2{,}47])}{688} = \frac{2{,}47 \cdot 97{,}5}{688} = 0{,}35^2 = 0{,}12$$

$$m_{P_2} = \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} = \frac{(1{,}5 \times 100 - 1{,}5)}{665} \cdot \frac{1{,}52 \times 98{,}5}{} = 0{,}22^2 = 0{,}05$$

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{2{,}47 - 1{,}50}{\sqrt{0{,}12 + 0{,}05}} = \frac{0{,}95}{\sqrt{0{,}17}} = \frac{0{,}95}{0{,}41} = 2{,}37$$

Concluzie: Diferenţa dintre indicii letalităţii spitaliceşti a copiilor din spitalul raional este veridică, fiindcă $\underline{t} > 2$ şi $\underline{P} > 95{,}5\%$.

2. Calculăm limitele de încredere între indicii comparativi:
   când P = 95,5 şi t = 2
   $P_{gen} = P_{sel} \pm t \cdot m$ deci $P_{gen} = 2{,}47 + (2 \times 0{,}35) = 3{,}17$ (max).
   $P_{gen} = 1{,}50 + (2 \times 0{,}22) = 1{,}94$ (min).

Deci limitele de încredere în cazurile când **P = 95,5** sau **t = 2** vor devia de la 1,94 (min) până la 3,17 (max).

Varianta 1

Studiind răspândirea bolilor miocardului la populaţia rurală, am obţinut următoarele date comparative ce ţin de stenocardie şi datele elecrocardiografiei ECG ce denotă ischemia miocardului.

Datele ECG la un contingent diferit de bolnavi

Bolnavii de stenocardie	Numărul total de bărbaţi	Au avut schimbări în ECG	
		(nr. absolut)	%
Hipertonici	110	3	
Normatonici	180	3	

În baza acestor date se poate vorbi despre un prognostic mai rău la bolnavii de stenocardie şi de hipertonie în comparaţie cu „normotonicii"?

Varianta 2

Pe parcursul studierii acţiunii hormonilor anabolici la bolnavii de infarct miocardic au fost selectate două grupe de bolnavi a câte 70 oameni fiecare. S-a determinat nivelul mortalităţii prin grupă de bolnavi, care s-au tratat după o metodă cu folosirea nerobolului. În a doua – bolnavii s-au tratat după o metodă obişnuită, fără nerobol. *Nivelul mortalităţii e prezentat în tabelul următor:*

Grupa de bolnavi care s-au tratat	Au decedat	
	valori absolute	%
După metoda cu nerobol	5	7,1
După metoda obişnuită	21	30

În baza acestor date, putem constata că metoda de tratament cu folosirea nerobolului e mai eficace ?

Varianta 3

În timpul campaniei de lichidare a malariei în Irak (cronica OMS, iulie 2002) au fost stabilite următoarele date ale morbidităţii de malarie până şi după reînnoirea prelucrării cu preparatul respectiv:

Morbiditatea populaţiei de malarie după perioade

Perioada prelucrării	*Numărul preparatelor de sânge cercetate*	*Preparate în care au fost depistate plazmoliile*	
		Nr. absolut	*%*
Până la reînnoirea prelucrării *(iunie 1993 – mai 1994)*	7118	329	
După reînnoirea prelucrării *(iunie 1995 – mai 1996)*	27 892	374	

Putem oare considera că în timpul prelucrării cu preparatul respectiv se reduce într-adevăr nivelul morbidităţii de malarie?

Varianta 4

În spitalul orăşenesc pentru copii din cei 800 de pacienţi operaţi au murit 8, iar în spitalul orăşenesc nr.1 din cei 900 de pacienţi operaţi au murit 12. Reprezentarea bolnavilor operaţi după tipul intervenţiilor chirurgicale în aceste spitale a fost aproximativ egală. Putem considera că letalitatea postoperatorie în aceste spitale se deosebeşte radical?

Varianta 5

În spitalul raional „F" în anul gestionar din cei 1600 pacienţi operaţi au decedat 23 de bolnavi, dar în oraşul „T" în acelaş an, din cei pacienţi 900 operaţi, au decedat 18. Repartizarea bolnavilor operaţi după specificul intervenţiilor chirurgicale în aceste spitale a fost aproximativ egală.

Este veridică diferenţa între indicii letalităţii din spitalele indicate ?

Varianta 6

Cercetând morbiditatea şi mortalitatea copiilor în urma bolilor organelor respiratorii, au fost stabilite următoarele date:

Numărul bolnavilor şi decedaţilor

Vârsta în ani	*Numărul de bolnavi*	*Nr. decedaţilor*	*Mortalitatea (%)*
3–5	694	15	
6–9	670	11	

Se poate oare considera că nivelul mortalităţii în aceste grupe se deosebeşte radical ?

Varianta 7

În rezultatul cercetărilor cazurilor de imobilizare a extremităţilor după fracturi şi dezvoltare a contracturilor de diferite grade, au fost evidenţiate următoarele date:

Frecvenţa contracturilor în funcţie de metoda imobilizării

Metoda imobilizării	**Numărul observaţiilor (consultaţiilor)**	**Numărul cazurilor cu contracturi**	**%**
Osteosinteza extrafocală	**177**	**18**	
Langeta de ghips	**155**	**32**	

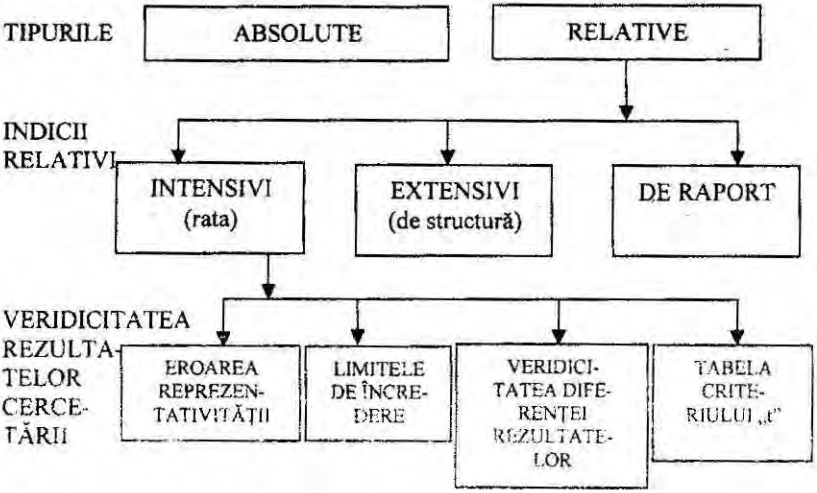
Se poate aprecia care metodă este mai eficientă, dacă metodele şi intensitatea antrenării mişcărilor la ambele cazuri de imobilizare au fost aproximativ aceleaşi ?

Varianta 8

În secţia terapeutică a spitalului orăşănesc nr. 1, din cei 1020 de bolnavi internaţi, au decedat 22, iar în secţia terapeutică a spitalului orăşenesc nr. 2 au decedat 18 din cei 995 de bolnavi internaţi.

Se poate conchide că letalitatea în secţia terapeutică a spitalului orăşenesc nr. 1 e mai înaltă decât în secţia de profil a spitalului nr. 2, dacă componenţa bolnavilor în ambele spitale este omogenă?

Tema: BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂŢII POPULAŢIEI. VALORILE RELATIVE ŞI APRECIAEREA EXACTITĂŢII LOR



Tema: SERIILE VARIABILE. VALORILE MEDII ŞI APRECIEREA AUTENTICITĂŢII LOR

Durata lecţiei practice – 4 ore
Lecţia are loc la catedră

Scopul lecţiei practice: studierea seriilor variabile, metodelor de calculare a valorilor medii şi aprecierea veridicităţii.

Argumentarea scopului

Rezultatele cercetărilor ştiinţifice în domeniile medicale (clinică, sănătate publică şi management) sunt prezentate în diverse cifre. Pentru analiza lor, datele numerice sunt prelucrate, sistematizate şi devin ilustrative, accesibile pentru confirmarea concluziilor.

În majoritatea lucrărilor ştiinţifice (monografii, articole, elaborări metodice etc.), pe care le folosesc medicii-practicieni, datele numerice sunt prezentate în rezultatul prelucrării statistice, conţin construcţia valorilor medii şi aprecierea veridicităţii lor.

Medicii-practicieni sunt datori să analizeze în activitatea lor permanentă indicii activităţii ce constituie şirul variabil, folosind valorile medii. Aşadar, este obligatorie însuşirea seriilor variabile şi a metodelor de calcul al valorilor medii şi aprecierea veridicităţii lor.

Sarcini instructiv-didactice

1. Folosirea seriilor variabile în activitatea practică şi ştiinţifică a medicului.
2. Cunoaşterea principiilor, metodelor de grupare şi analiză a seriei variabile.
3. Însuşirea metodelor de calcul al valorilor medii.
4. Cunoaşterea metodelor de apreciere a veridicităţii valorilor medii.

Întrebări pentru autocontrol

1. Numiți însușirile principale ale totalității statistice.
2. Proprietățile de reparație a caracteristicilor.
3. Seria variabilă, definiția. Elementele ei componente.
4. Care e diferența dintre seriile variabile grupate și negrupate?
5. Enumerați etapele de formare a seriei variabile.
6. Tipurile valorilor medii. Caracteristica.
7. Numiți a doua particularitate a totalității statistice ce prezintă valoarea medie a caracterelor?
8. Enumerați metodele de calculare a valorii medii aritmetice.
9. Enumerați și explicați proprietățile de bază ale valorilor aritmetice medii?
10. Prin ce metodă se poate evita obținerea valorii medii fictive?
11. Esența varietății caracterelor. Care este a treia proprietate a totalității statistice. Criteriul varietății caracterelor?
12. Cum se determină calculele devierii medii?
13. În ce constă esența devierii coeficientului de variație și aprecierea lui. Devierea standardă, scopul folosirii.
14. Câte procente de variante se află în intervalul M ± 1,2 și 3 sigme?
15. Cu ce scop practic se folosește sigma?
16. Care este esența reprezentativității totalității statistice ?
17. Cum se determină eroarea medie a reprezentativității valorilor medii?
18. Scopul folosirii criteriului (t).
19. Care grad al probabilității prognosticului este considerat veridic?
20. Cum se determină veridicitatea valorilor medii comparate?
21. Care parametri statistici trebuie să fie măriți sau micșorați pentru sporirea veridicității rezultatelor cercetării?
22. Ce valoare a criteriului „t" sugerează veridicitatea diferențelor dintre indici?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte metoda formării şi grupării seriei variabile.
2. A însuşi calcularea valorii medii.
3. A deprinde calcularea deviaţiei mediei pătrate.
4. A calcula coeficientul de variaţie şi eroarea reprezentativităţii mărimilor medii.
5. A şti cum se determină şi se apreciază limitele confidenţiale ale valorilor medii.
6. A determina veridicitatea diferenţei mărimilor comparate.

Sarcini pentru studiul individual

Folosind datele în variantele corespunzătoare, e necesar:

1. A identifica, după datele seriei variabile grupate, valorile medii aritmetice (M); după metoda momentelor – deviaţia medie pătrată, sigma (σ) pentru fiecare metodă din calculul mediei.
2. A determina coeficientul şi a evidenţia gradul variaţiei.
3. A calcula eroarea medie (m-) a reprezentativităţii şi a determina limitele de încredere a valorii medii aritmetice concomitent cu probabilitatea prognosticului exact – 95%.

Exemplu de rezolvare a problemei

Greutatea (cm) băieţilor în vârstă de 10 ani: 25, 24, 24, 22, 23, 21, 25, 24, 19, 24, 19, 26, 30, 23, 26, 24, 28, 26, 23, 30, 25, 24, 20, 23, 21, 24, 20, 23, 26, 28, 29, 24, 22, 23, 28, 25, 21, 24, 20, 25, 23, 19, 25, 24, 22, 23, 29, 26, 24, 22, 23, 22, 24, 20, 23, 20, 26, 18, 32, 24, 21, 23, 31, 26, 24, 21, 25, 28, 23, 26, 31, 24, 26, 23, 26, 24, 25, 23, 20, 24, 26, 23, 25, 25, 21, 23, 22, 24, 25, 23, 25, 29, 24, 39, 22, 23, 22, 25, 26, 23, 27, 25, 26, 18, 22, 21, 28, 25, 28, 29, 30.

Media aritmetică se bazează pe toate cercetările şi se calculează pe diverse metode, în funcţie de numărul variantelor, caracterul şirului variabil etc.

Media aritmetică simplă se calculează din şirul variabil, în care fiecare variantă se întâlneşte numai o singură dată (pentru toate variantele p=1).

$$M = \frac{\Sigma \cdot v}{n}$$

Formula se foloseşte pentru calcularea mediei aritmetice simple.

Media aritmetică ponderată se calculează din şirul variabil, în care diferite variante se întâlnesc de diferite ori $p \leq 1$;

$$M = \frac{\Sigma \cdot v}{n}$$

Formula se foloseşte pentru calcularea mediei aritmetice ponderate.

Privind şirul variabil, observăm că unele variante se repetă mai des şi de aceea se află mai aproape de medie. Într-adevăr, în şirul variabil din exemplul nostru valoarea medie a greutăţii băieţilor în vârstă de 10 ani este mai aproape de variantele 23, 24 şi 25, care mai des se repetă în şirul variabil dat.

Greutatea (cm) băieţilor în vârstă de 10 ani

Valorile greutăţii	**Frecvenţa** (numărul cazurilor)	**Deviaţia** (de la media condiţionată)	**Produsul** (deviaţa de la medie şi frecvenţă)	**Produsul** (deviaţia pătrată şi frecvenţa)
V	**F**	**d**	**d · F**	**$d^2 \cdot F$**
18	2	-5	10	50
19	2	-4	8	32
20	6	-3	18	54
21	7	-2	14	28
22	9	-1	9	9
23	24	0	0	0
24	17	1	17	17

25	15	2	30	60
26	11	3	33	99
27	2	4	8	32
28	6	5	30	150
29	4	6	24	144
30	4	7	28	196
31	2	8	16	128
32	1	9	9	81
	112 (n)		**136 (Σ d F)**	**1 080 (Σd^2 F)**

$$M = Mc + \frac{\Sigma d F}{n}$$

Una din aceste variante se poate considera drept medie condiţionată, care va servi iniţial la calcularea mediei prin metoda momentelor. Prezentăm un exemplu despre mersul calculării mediei după metoda momentelor.

Ca medie condiţionată a şirului variabil, am luat varianta 23, care se repetă cel mai des. Fiecare variantă se deosebeşte ori deviază de la media condiţionată cu o mărime stabil demonstrată în tabel şi indicată cu litera „d".

După cum se observă din numerele prezentate, devierea variantelor de la media condiţionată, în unele cazuri, va fi pozitivă, în altele negativă. Media condiţionată rezultată (Me) se deosebeşte de media adevărată (Ma) prin mărimea egală cu deviaţia pătrată a variantelor de la valoarea mediei condiţionate.

Pentru a aprecia devierea medie a variantelor de la media condiţionată, trebuie calculată suma tuturor devierilor şi împărţită la numărul cazurilor. Suma devierii fiecărei variante de la medie se exprimă prin produsul deviaţiei acestei variante la numărul cazurilor ori intensităţii (d · F), iar suma deviaţiei tuturor variantelor de la media condiţionată – obţinută – cu suma tuturor produselor devierii la frecvenţele lor (Σ d · F).

Deviaţia medie a tuturor variantelor de la media condiţionată va avea expresia

$$\frac{\Sigma d \cdot F}{n}$$

Înlocuind numerele corespunzătoare din exemplu nostru,. găsim deviaţia medie egală cu

$$\frac{+136}{112} = +1,2$$

Această cifră ne demonstrează că media aritmetică rezultată condiţional este mai mică decât media aritmetică adevărată cu mărimea deviaţiei pătrate, adică cu 1,2.

Mărimea $\frac{\Sigma d\ F}{n}$ se numeşte moment de gradul unu, fiindcă devierea (d) aici este luată în gradul unu. Ştiind deviaţia medie, se poate calcula media aritmetică după următoarea formulă:

$$Ma = Mc + \frac{\Sigma d\ F}{n}$$

Media aritmetică (Ma) este egală cu media condiţional obţinută (Mc), plus suma produsului devierii (d) la frecvenţa (F) împărţită la numărul cazurilor ori observaţii (n), sau, se poate spune, este egală cu media condiţional obţinută (Mc), plus momentul de gradul unu. În exemplul nostru greutatea medie a copilului va fi:

$$23 + \frac{136}{112} = 23 + 1,2 = 24,2 \text{ kg.}$$

În modul acesta tragem concluzia că băieţii studiaţi au greutatea medie a corpului de 24,2 kg.

Media aritmetică caracterizează totalitatea, concretizând că însuşirea ei este pentru toate variantele, de aceea ea are aceeaşi mărime ca şi fiecare din variante.

Pentru caracteristica gradului diversităţii sau oscilaţiei şirului variabil trebuie pentru fiecare şir variabil să fie calculată aşa-numita **deviaţie medie pătrată** σ (sigma mică greacă), sau, cum se mai spune, al doilea parametru ce caracterizează şirul variabil.

Deviaţia medie pătrată o găsim după formula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\Sigma d^2 \cdot P}{n} - \left(\frac{\Sigma d^2 \cdot P}{n}\right)^2}$$

Deviaţia medie pătrată (σ) este egală cu radicalul pătrat din diferenţa momentului gradului doi şi pătratul momentului de gradul întâi. În exemplul nostru (greutatea băieţilor de 9 ani) tabelul 3.

$$\sigma = \sqrt{\frac{1080}{112} - \left(\frac{136}{112}\right)^2} = \sqrt{9{,}6 - 1{,}2^2} = \sqrt{8{,}16} = \pm 2{,}4 \text{ kg}$$

Mărimea $\frac{\Sigma d^2 P}{n}$ se numeşte moment de gradul doi:

Când numărul observaţiilor este mai mic de 30 în numitor, trebuie să fie n – 1.

Cu cât mai mult diferă variantele de la medie, cu atât mai divers este şirul variabil, cu atât (σ) este mai mare. Spre exmplu, calculăm deviaţia medie pătrată (σ) în următoarele şiruri variabile

Este dovedit, că dacă la media aritmetică adăugăm sau luăm o sigmă ($M \pm 1\ \sigma$), atunci în limitele valorilor obţinute se va găsi 68,3% a variantelor şirului variabil; dacă la media aritmetică adăugăm şi luăm două sigme ($M \pm 2\sigma$), atunci în limitele valorilor primite se va găsi 68,3% a variantelor; ($M \pm 3\sigma$) include în sine 99,7% variantelor şirului variabil. Cu alte cuvinte, aproape toate variantele şirului variabil se află în limitele mediei aritmetice $\pm 3\ \sigma$.

Important este de găsit eroarea mediei aritmetice (m), care, după cum s-a subliniat, depinde de gradul diversităţii şirului şi numărul observaţiilor. Eroarea medie se calculează după formula:

Este egală cu sigma, împărțită la radicalul pătrat din numărul observațiilor. În pilda noastră eroarea este egală:

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

$$m = \frac{\pm 2,4}{\sqrt{112}} = \frac{\pm 2,4}{10,5} = 0,23 \text{ kg}$$

Așadar, greutatea medie a băieților va fi egală cu 24,2 kg ± 0,23. Aceasta înseamnă că greutatea medie a băieților deviază într-o parte sau alta în limitele 0,23 kg. în comparație cu greutatea medie adevărată.

Varianta 1

Durata incapacității de muncă (în zile) la 34 bolnavi tratați de medicul de familie.
7, 6, 4, 12, 13, 3, 4, 5, 10, 11, 5, 10, 10, 10, 11, 12, 8, 9, 7, 7, 8, 9, 9, 7, 8, 12, 6, 10, 9, 8, 14, 14, 3, 8. În anul precedent media duratei incapacității de muncă la bolnavii tratați la medicul de familie a constituit 10 ± 0,75 zile.

Varianta 2

Din istoriile dezvoltării la 40 nou-născuți s-au constatat următoarele cifre (cm) ce caracterizează statura băieților nou-născuți la termen. 48, 49, 50, 51, 49, 48, 50, 51, 50, 46, 49, 50, 47, 48, 45, 50, 48, 48, 49, 50, 49, 47, 50, 49, 48, 49, 50, 47, 48, 51, 52, 47, 48, 49, 50, 46, 48, 49, 47. În anul precedent media staturii băieților nou-născuți la termen a constituit 48 ± 0,3 cm.

Varianta 3

Numărul bolnavilor cu traumatism, aflați la evidență de dispensarizare la 45 de specialiști. 25, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 27, 25, 26, 27, 24, 25, 24, 28, 25, 22, 23, 24, 39, 23, 40, 22, 26, 30, 24,

29, 28, 39, 25, 26, 27, 27, 30, 31, 34, 31, 35, 32, 30, 30, 36, 25, 35. În anul precedent media bolnavilor cu traumatism, aflați la evidență de dispensarizare, a constituit 27 ± 0,8 bolnavi.

Varianta 4

Frecvența pulsului (numărul de bătăi pe minut) la 52 sportivi înainte de start. 62, 70, 72, 72, 64, 70, 72, 66, 76, 68, 70, 58, 76, 74, 76, 76, 82, 76, 72, 76, 74, 70, 60, 72, 70, 68, 62, 68, 70, 66, 70, 68, 64, 62, 60, 66, 64, 74, 79, 78, 74, 78, 74, 78, 74, 78, 76, 80, 80, 80, 78, 78. În anul precedent frecvența pulsului la sportivi înainte de start a constituit 72 ± 0,42 bătăi.

Varianta 5

Numărul de copii până la 1 an aflați la evidență la 30 pediatri de circumscripție. 39, 50, 58, 40, 51, 42, 49, 54, 60, 51, 45, 40, 58, 40, 58, 62, 60, 55, 62, 63, 65, 48, 48, 48, 47, 57, 59, 51, 42, 54, 52, 49. În anul precedent numărul de copii până la un an aflați la evidență a constituit 48 ± 0,25 copii.

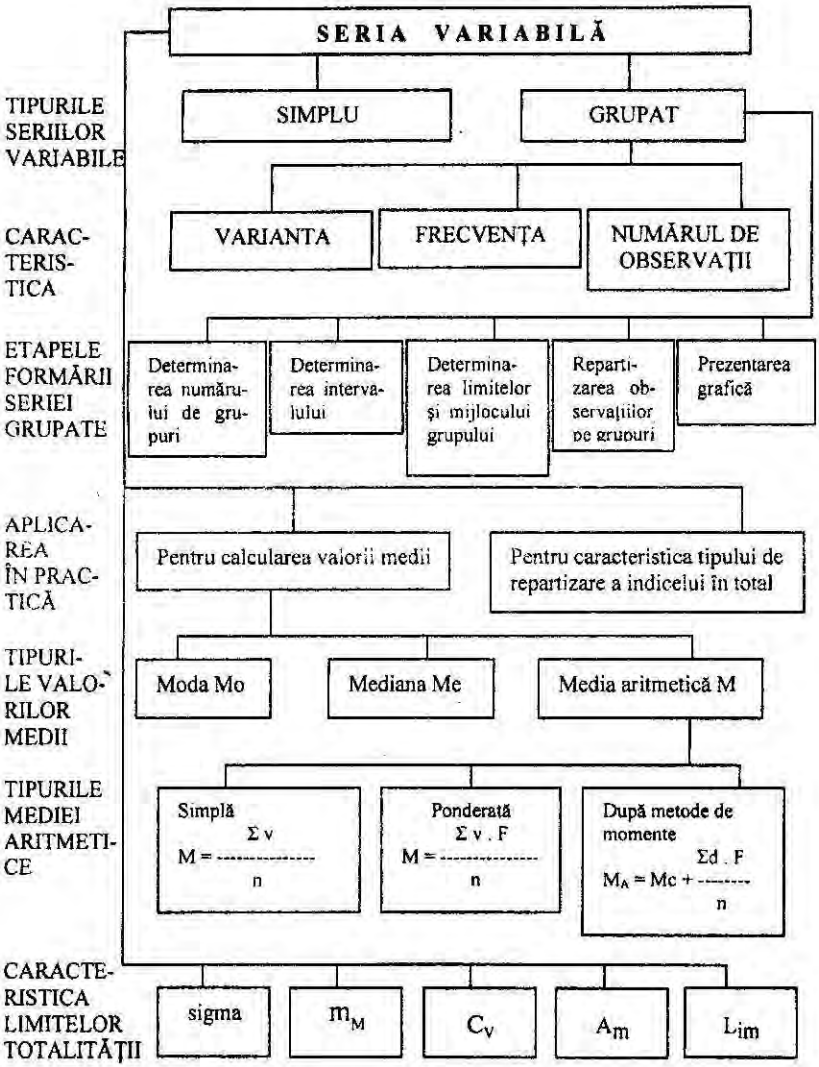
Varianta 6

Termenul tratamentului în staționar la 32 bolnavi (în zile): 16, 14, 12, 15, 15, 17, 19, 18, 15, 18, 17, 14, 12, 14, 12, 18, 15, 17, 16, 19, 10, 10, 16, 15, 18, 17, 18, 16, 20, 19, 17, 16. În anul precedent termenul tratamentului în staționar a constituit 15 ± 0,9 zile.

Varianta 7

Frecvența respirației (numărului de respirații în timp de 1 min.) la 43 bolnavi: 16, 19, 16, 16, 20, 19, 20, 13, 20, 15, 16, 13, 17, 16, 17, 12, 17, 12, 15, 13, 15, 12, 18, 17, 20, 18, 14, 18, 17, 19, 20, 22, 21, 17, 18, 14, 15, 16, 14, 15, 14, 18. În anul precedent frecvența respirației a constituit 16 ± 0,3 respirații.

Tema: SERIILE VARIABILE, VALORILE MEDII. APRECIEREA ŞI VERIDICITATEA LOR



Tema: REPREZENTAREA GRAFICĂ A VALORILOR RELATIVE ŞI MEDII

Scopul lecţiei practice: a însuşi tipurile principale de grafic rolul lor în generalizarea şi analiza datelor statistice.

Argumentarea scopului

În activitatea practică a medicului e necesar nu numai de calcula diferiţi indici, dar şi a-i alege corect pentru reprezentarea l grafică.

Reprezentarea grafică, îndeplinită după toate regulile ei, con tituie o formă importantă de studiu al observatorilor statistici, du ce datele au fost grupate şi introduse în tabele şi s-au calculat indi necesari.

De aceea fiecare medic-specialist este dator să ştie a ale corect forma corespunzătoare reprezentării grafice şi a aplica r gulile folosirii acesteia.

Sarcini instructiv-didactice

1. A studia regulile de reprezentare grafică a datelor statistice.
2. A cunoaşte indicaţiile pentru utilizarea diferitelor tipuri de graf ce şi diagrame.

Întrebări pentru autocontrol

1. Când şi pentru ce se foloseşte reprezentarea grafică?
2. Tipurile reprezentărilor grafice şi ale diagramelor existente.
3. Principiile de alegere a diagramelor corespunzătoare.
4. În ce cazuri se foloseşte diagrama în coloniţe?
5. Când se folosesc diagramele liniare şi care sunt regulile de construire a lor?
6. Ce se numeşte diagramă de plan? Tipurile şi regulile de construire.
7. Când se folosesc diagramele dreptunghiulare?

8. Care este diagrama de succesiune în timp? Tipurile şi regulile lor de construire.
9. În ce cazuri se folosesc diagramele structurale? Tipurile şi regulile lor de construire.
10. Când se utilizează cartogramele şi cartodiagramele? Regulile de construire a lor.

Deprinderi practice

A însuşi:
- regulile de alegere a graficelor din punct de vedere ştiinţific;
- formele reprezentărilor grafice ale rezultatelor analizei statistice.

Sarcini pentru studiul individual

De reprezentat grafic datele statistice indicate în variante corespunzătoare.

Varianta 1

În anul de gestiune în AMT s-au înregistrat 16 mii de vizite la specialişti, inclusiv la: terapeut – 10 mii de vizite; oftalmolog – 2 mii de vizite; ORL – 1,5 mii şi la alţi specialişti – 2,5 mii. Calculaţi structura vizitelor înregistrate în AMT şi reprezentaţi-o grafic.

Varianta 2

Structura mortalităţii infantile după vârstă în Moldova (%).

1 lună – 48,6	*5 lună – 5,0*	*9 lună – 2,5*
2 lună – 10,2	*6 lună – 3,6*	*10 lună – 2,4*
3 lună – 9,0	*7 lună – 3,0*	*11 lună – 2,0*
4 lună – 7,2	*8 lună – 2,7*	*12 lună – 1,8*

Varianta 3

Reprezentarea copiilor la vârsta de 2 ani după grupele sănătății în Moldova (în %).

Grupa I – *53,7;* grupa II – *25,5*; grupa III – *12,3*; grupa IV – *6,2*; grupa V – *2,3.*

Varianta 4

La Centrul de Sănătate teritorial, care deserveşte 60 000 de oameni, pe parcursul anului s-au înregistrat 21 210 cazuri de maladii infecţioase, dintre care IRVA – 18 900, dizenterie – 840, hepatită virală – 1260 şi alte infecţii – 210 cazuri.

Reprezentaţi grafic structura morbidităţii prin bolile infecţioase.

Varianta 5

Reprezentaţi grafic datele prezentate mai jos referitoare la înregistrarea bolnavilor cu reumatism pe parcursul anului de gestiune.

Ianuarie – 35	*Mai* - 10	*Septembrie* – 11
Februarie – 29	*Iunie* – 14	*Octombrie* – 15
Martie – 20	*Iulie* – 12	*Noiembrie* – 16
Aprilie – 18	*August* – 10	*Decembrie* – 27

Varianta 6

Reprezentaţi grafic dinamica morbidităţii prin hepatita A pe sectorul „N" (la 10 mii de populaţie).

Anii	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*
Rata	**6,0**	**8,0**	**11,0**	**12,0**	**20,8**	**14,0**

Varianta 7

Reprezentaţi grafic evoluţia invalidităţii la copii în RM în anii 1990 – 2002 (‰).

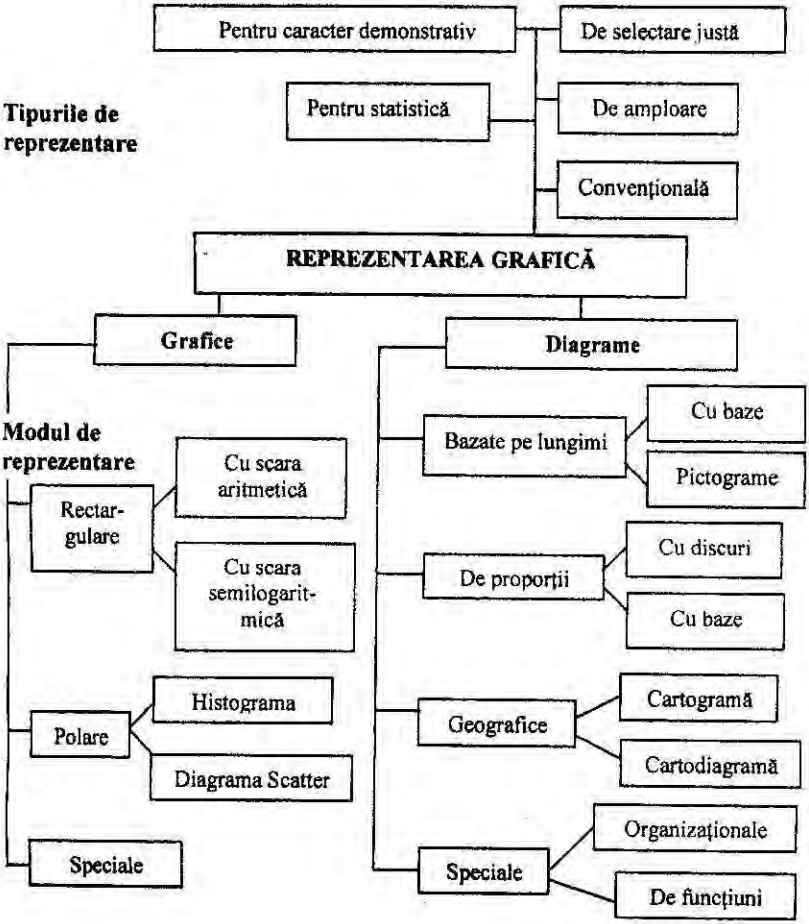
Anii	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Rata	4,3	4,8	5,5	7,86	8,7	9,2	9,8	10,2	10,4	11,8	12,5	13,2	14,1

Varianta 8

Reprezentaţi grafic nivelul mortalităţii populaţiei prin traume şi otrăviri pe anii 1996 – 2002 (la 100000 locuitori) în mediul urban şi rural.

Mortalitatea populaţiei	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
Urban	56,2	61,3	66,8	72,0	77,6	114,2	111,0
Rural	116,0	106,7	155,7	114,4	111,0	104,0	104,5

Tema: REPREZENTAREA GRAFICĂ A VALORILOR RELATIVE ŞI MEDII



Tema: METODA DIRECTĂ DE STANDARDIZARE

Scopul lecției practice: a studia metoda de calcul al indicatorilor standardizați și utilizarea acestora în practică.

Argumentarea scopului: în multe investigații socio-medicale, precum și în clinice, este prea mică probabilitatea de a opera cu grupuri omogene, producătoare de fenomene ce pot fi comparate. Adesea, pentru a analiza rezultatele cercetărilor, trebuie comparate totalități neomogene după unele caracteristici. Pentru a elimina neomogenitatea totalităților comparate, se utilizează metoda directă de standardizare. Utilizarea metodei de standardizare se rezumă la faptul că asigură posibilitatea de a compara indicatorii în totalități diferite după componență și permite a observa evoluția indicatorilor, în cazul în care totalitățile ar fi omogene.

Indicii standardizați sunt niște indici convenționali și pot fi utilizați numai pentru comparare. În practică, standardizarea se utilizează mai frecvent pentru analiza indicatorilor de morbiditate, natalitate și mortalitate a populației.

Sarcini instructiv-didactice:

1. A cunoaște scopul utilizării metodei directe de standardizare în activitatea medicului.
2. A însuși metoda de calcul și analiză a indicatorilor standardizați.

Întrebări pentru autocontrol:

1. Prezentați definiția standardizării.
2. Ce metode de standardizare cunoașteți?
3. Când se utilizează metoda directă de standardizare?
4. Care indicatori se standardizează: intensivi sau extensivi ?
5. Numiți etapele metodei directe de standardizare.
6. Care este esența etapei I de standardizare?
7. Cum se realizează etapa a II-a a standardizării ?

8. Ce poate servi în calitate de standard?
9. Cum obţinem indicatorii standardizaţi la etapa a IV-a?
10. Despre ce ne vorbesc indicatorii standardizaţi?
11. Care indicatori caracterizează nivelul veridic al fenomenului: standardizaţi sau nestandardizaţi?
12. În ce cazuri se utilizează metoda directă de standardizare în activitatea medicului?

Deprinderi practice

1. A poseda metoda de calcul al indicilor standardizaţi.
2. A putea compara indicii standardizaţi şi nestandardizaţi.

Exemplu de rezolvare a problemei

Distribuţia persoanelor bolnave şi decedate în spitalele *A* şi *B* în funcţie de vârstă

Vârsta (ani)	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi externaţi	Din ei au decedat	Nr. de bolnavi externaţi	Din ei au decedat
Până la 40	300	6	700	21
40 – 59	100	4	100	5
60 şi peste	600	30	200	12
Total	**1000**	**40**	**1000**	**38**

Comparaţi letalitatea spitalicească în spitalele *A* şi *B*, utilizând metoda directă de standardizare, trageţi concluziile respective.

ETAPA I – calculăm indicii intensivi generali în spitalele *A* şi *B* şi indicii letalităţii pe grupe de vârstă.

Spitalul *A* (*letalitatea generală*) $\frac{40 \times 100}{1000} = 4\ \%$

Spitalul *B* (*letalitatea spitalicească*) $\frac{38 \times 100}{1000} = 3{,}8\ \%$

Calculăm letalitatea spitalicească pe grupe de vârstă în fiecare spital. De exemplu, **spitalul A,** în grupele de vârstă sub 40 ani

$$\frac{6 \times 100}{300} = 2\%,$$

în **spitalul B,** în grupul respectiv $\frac{21 \times 100}{700} = 3\%$

Analogic se calculează indicatorii în restul grupelor de vârstă.

ETAPA a II-a. În calitate de standard utilizăm suma bolnavilor externaţi pentru fiecare grup de vârstă:

până la 40 ani $300 + 700 = 1000$
40 - 59 ani $100 + 100 = 200$
60 şi peste $600 + 200 = 800$

Numărul total de bolnavi în spitale – *2000.*

ETAPA a III-a. Determinăm numărul scontat de decedaţi din standard pentru fiecare grup de vârstă:

Pentru grupul până la 40 ani **spitalul A** $100 - 2 \quad 1000 - x \quad x = \frac{2 \cdot 1000}{100} = 20$

spitalul B $100 - 3 \quad 1000 - x \quad x = \frac{3 \cdot 1000}{100} = 20$

Pentru vârsta 40 – 59 ani **spitalul A** $100 - 4 \quad 200 - x \quad x = \frac{4 \cdot 200}{100} = 8$

spitalul B $100 - 5 \quad 200 - x \quad x = \frac{5 \cdot 200}{100} = 10$

Analogic se calculează numărul scontat de decedaţi în grupul de vârstă de 60 ani şi peste (din standardul 800).

ETAPA a IV-a. Calculăm indicatorii standardizaţi ai letalităţii în ambele spitale. Calcularea indicatorilor standardizaţi se efectuează în 2 etape:

I. adunăm valorile scontate în fiecare spital:
Spitalul A – ***20 + 8 + 40 = 68***
Spitalul B – *30 + 10 + 48 = 88*

II. valoarea obţinută se exprimă în procente raportată la numărul total de bolnavi (totalul standardului).

Pentru *spitalul A* indicatorul standardizat este egal cu $\frac{68 \times 100}{2000} = 3,4\%$,

pentru *spitalul B* cu $\frac{88 \times 100}{2000} = 4,4\%$

ETAPA a V-a. Comparăm indicii intensivi generali cu indicii standardizaţi:

	Spitalul A	Spitalul B	Comparare A şi B
Indicii intensivi	4,0 %	3,8 %	A > B
Indicii standardizaţi	3,4 %	4,4 %	A < B

Concluzii:

1. Letalitatea în *spitalul A* este mai mare decât în *spitalul B*.
2. Dacă componenţa bolnavilor, în funcţie de vârstă, ar fi identică în ambele spitale, letalitatea spitalicească ar fi mai mare în *spitalul B*.
3. Aşadar, letalitatea a fost influenţată de diferenţele de vârstă – în *spitalul A* au predominat bolnavii de 60 ani şi peste (la care letalitatea spitalicească este mai mare), iar în *spitalul B* au predominat bolnavii de până la 40 ani (cu nivel de letalitate spitalicească scăzut).

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în variantele indicate mai jos, este necesar de a calcula indicii standardizaţi, de a-i compara cu indicii generali şi de a trage concluziile respective.

Varianta 1

Distribuţia persoanelor examinate şi bolnave de hipertensiune în raioanele A şi B.

Sexul	Raionul A		Raionul B	
	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi
Bărbaţi	200	3	600	9
Femei	800	48	400	29
Total	**1000**	**51**	**1000**	**33**

În calitate de standard analizaţi suma persoanelor examinate în ambele raioane.

Varianta 2

Distribuţia lucrătorilor invalizi ca o consecinţă a bolilor cardio-vasculare la 2 întreprinderi.

Sexul	Întreprinderea nr. 1		Întreprinderea nr.2	
	Nr. de lucrători	Nr. de invalizi	Nr. de lucrători	Nr. de invalizi
Bărbaţi	400	10	200	7
Femei	200	9	500	18
Total	**600**	**19**	**700**	**25**

În calitate de standard utilizaţi componenţa lucrătorilor pe sexe (suma pentru ambele întreprinderi).

Varianta 3

Distribuţia persoanelor bolnave şi decedate în două spitale, în funcţie de profilul secţiei.

Secţia	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedaţi	Nr. de bolnavi	Nr. de decedaţi
Terapie	1500	180	500	80
Chirurgie	500	30	500	40
Boli infecţioase	500	20	1500	90
Total	**2500**	**230**	**2500**	**210**

În calitate de standard utilizaţi numărul mediu de bolnavi pentru fiecare secţie în ambele spitale.

Varianta 4

Distribuţia persoanelor traumate la două întreprinderi, în funcţie de sex.

Sexul	Întreprinderea nr. 1		Întreprinderea nr.2	
	Nr. de lucrători	Nr. de traumei	Nr. de lucrători	Nr. de traume
Bărbaţi	400	43	1000	100
Femei	800	40	400	20
Total	**1200**	**83**	**1400**	**120**

În calitate de standard utilizaţi componenţa lucrătorilor (pe sexe) în ambele întreprinderi.

Varianta 5

Distribuţia persoanelor bolnave şi decedate de apendicită, în funcţie de termenul spitalizării.

Termenul spitalizării (zile)	Raionul A		Raionul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați
1 – 3	400	1	100	1
4 – 5	150	3	200	2
6 – 7	50	6	300	10
Total	**600**	**10**	**600**	**13**

În calitate de standard utilizați suma numărului de bolnavi în spitalele nr. 1 și nr.2, în funcție de termenul spitalizării.

Varianta 6

Distribuția bolnavilor cu ulcer stomacal și duodenal în raioanele A și R

Sexul	Raionul A		Raionul R	
	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi
Bărbați	120	15	1000	40
Femei	1500	120	900	50
Total	**1620**	**135**	**1900**	**90**

În calitate de standard utilizați suma persoanelor examinate în ambele raioane.

Varianta 7

Distribuția bolnavilor cu abdomen acut și a persoanelor decedate de această patologie în spitalele A și B, în funcție de timpul internării în staționar de la debutul bolii.

Timpul internării în staționar	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați
Până la 6 ore	650	72	490	34
6 ore și mai mult	581	106	1116	272
Total	**1131**	**178**	**1606**	**306**

În calitate de standard utilizați componența bolnavilor, în funcție de timpul internării în staționar pentru ambele spitale (suma).

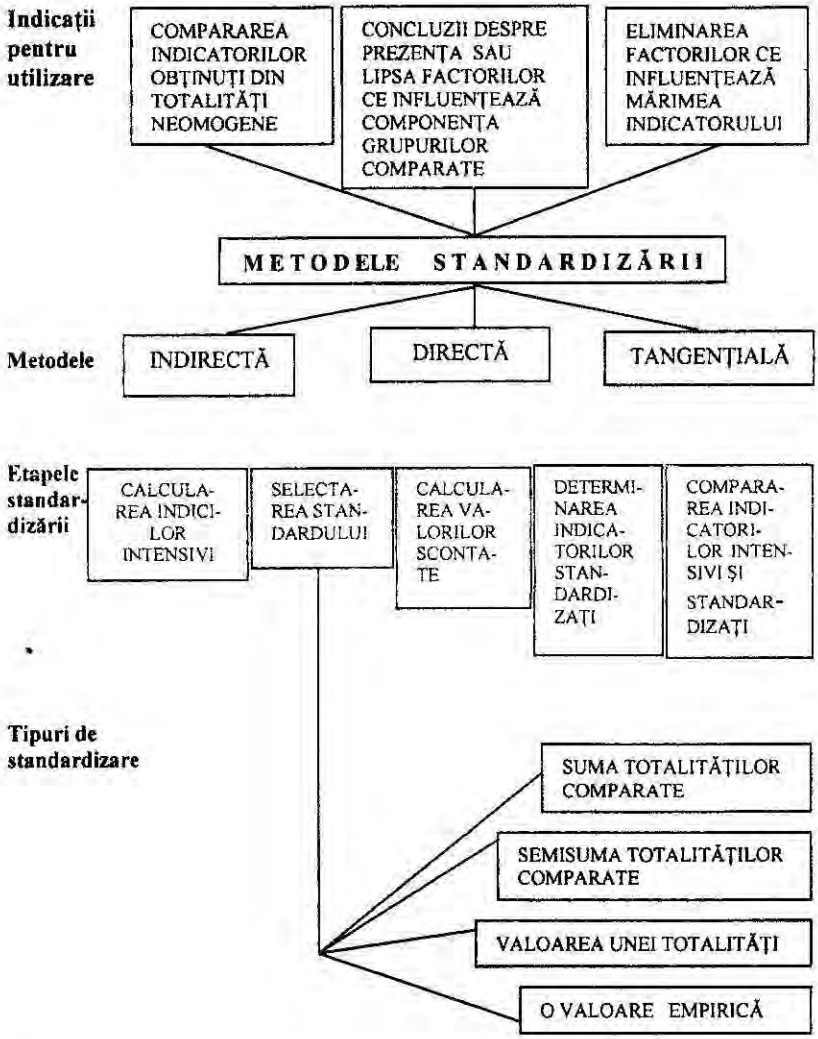
Varianta 8

Distribuția copiilor bolnavi de infecții respiratorii acute, în funcție de vârstă și frecventarea instituțiilor preșcolare.

Vârsta (ani)	Frecventează instituțiile preșcolare		Sunt educați acasă	
	Total	Dintre ei bolnavi de IRA	Total	Dintre ei bolnavi de IRA
Până la un an	50	15	100	10
1 - 3	100	15	120	15
4 - 7	200	50	80	20
Total	**350**	**80**	**300**	**45**

În calitate de standard utilizați componența pe grupele de vârstă a copiilor educați acasă.

Tema: STANDARDIZAREA



Tema: SERIILE CRONOLOGICE

Scopul lecției practice: studierea metodologiei de analiză a seriilor cronologice.

Argumentarea scopului

Unul din obiectivele principale ale sistemului sanitar reprezintă studierea sănătății populației, precum și analiza caracterului și volumului de activitate a instituțiilor medicale.

Depistarea anumitelor legități ce țin de calitatea asistenței medicale prestate populației poate fi efectuată de timp – în dinamică.

În statistica medicală, în aceste scopuri sunt utilizate pe larg seriile cronologice. De aceea este important ca medicii să cunoască metodele de alcătuire, ajustare și analiză a seriilor cronologice.

Sarcini instructiv-metodice:

1. A cunoaşte regulile de alcătuire a seriilor cronologice.
2. A cunoaşte metodele de ajustare a seriilor cronologice.
3. A însuși metodologia de calculare și analiză a indicatorilor serici cronologice.

Întrebări de control:

1. Definiți seria cronologică.
2. În ce cazuri utilizăm seriile cronologice.
3. Ce tipuri de serii cronologice cunoaşteți ?
4. Prin ce se deosebesc seriile cronologice de diferit tip ?
5. Prin ce metode se ajustează seriile cronologice ?
6. Cum se efectuează mărirea intervalului ?
7. Cum se calculează media de grup și media glisantă ?
8. Ce indicatori utilizăm pentru analiza seriei cronologice ?
9. Cum calculăm sporul absolut, ritmul creşterii, ritmul sporului, valoarea absolută a unui procent de spor și indicele ilustrativ (demonstrativ)?

Deprinderi practice:

1. A însuşi regulile de alcătuire a seriei cronologice.
2. A cunoaşte metodele de ajustare a seriei cronologice.
3. A cunoaşte metodele de calcul şi analiză a indicatorilor seriei cronologice.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în variantele respective (1–8), este necesar de a: determina tipul seriei cronologice, în caz de necesitate, de a ajusta seria cronologică, de a calcula sporul absolut, ritmul de creştere, ritmul sporului, valoarea unui procent de spor, indicele ilustrativ (demonstrativ), de a analiza seria cronologică şi a trage concluziile respective.

Exemplu de rezolvare a problemei

Dinamica morbidităţii prin dizenterie la copii în r-nul „C" pentru anii 1997 –2002 (la 10000 copii).

1997 – *42,0*	2000 – *41,0*
1998 – *47, 0*	2001 – *39,0*
1999 – *40,0*	2002 – *35,0*

E necesar:

1) de a determina tipul seriei cronologice;
2) de a ajusta seria cronologică prin calcularea mediei glisante;
3) de a calcula indicatorii seriei cronologice, inclusiv cel ilustrativ.

1. Seria cronologică este compusă, deoarece nivelurile seriei sunt prezentate prin valori relative (indici intensivi).
2. Ajustarea seriei cronologice prin metoda calculării glisante:

$$\frac{42+47+40}{3}=43; \quad \frac{47+40+41}{3}=42; \quad \frac{40+41+39}{3}=40;$$

$$\frac{41 + 39 + 35}{3} = 38$$

După ajustarea seriei cronologice se observă dinamica fenomenului, diminuarea nivelului de morbiditate prin dizenterie.

3. Calcularea indicatorilor seriei cronologice:

a) sporul absolut (diferența dintre nivelul următor și cel precedent).

pentru a. 1998 = *47, 0 – 42,0 = 5* pentru a. 2001 = *39,0 – 41,0 = - 2*
pentru a. 1999 = *40,0 – 47,0 = -7* pentru a. 2002 = *35,0 – 39,0 = -4*
pentru a. 2000 = *41,0 - 40,0 = 1*

b) calcularea ritmului de spor (raportul procentual dintre sporul absolut și nivelul precedent):

$$\textit{pentru a. 1998} = \frac{5 \times 100}{42} = 11{,}9\% \qquad \textit{pentru a. 2001} = \frac{-2 \times 100}{41} = -4{,}8\%$$

$$\textit{pentru a. 1999} = \frac{-7 \times 100}{47} = -14{,}8\% \qquad \textit{pentru a. 2002} = \frac{-4 \times 100}{39} = -10{,}2\%$$

$$\textit{pentru a.2000} = \frac{1 \times 100}{40} = -2{,}5\%$$

c) calcularea unui procent de spor (raportul dintre sporul absolut și ritmul de spor):

$$\textit{pentru a.1998} = \frac{5}{11{,}9} = 0{,}42\% \qquad \textit{pentru a.2001} = \frac{-2}{4{,}8} = -0{,}4\,\%$$

$$\textit{pentru a.1999} = \frac{-7}{14{,}8} = -0{,}47\% \qquad \textit{pentru a.2002} = \frac{-4}{10{,}2} = 0{,}39\%$$

$$\textit{pentru a.2000} = \frac{1}{2{,}5} = -0{,}4\,\%$$

d) calcularea ritmului de creştere (raportul procentual dintre nivelul următor şi cel precedent):

$$\text{pentru a.1998} = \frac{4,7 \times 100}{42,0} = 111,9\% \qquad \text{pentru a.2001.} = \frac{39,0 \times 100}{41,0} = 95,1\%$$

$$\text{pentru a.1999} = \frac{40,0 \times 100}{47,0} = 85,1\% \qquad \text{pentru a.2002} = \frac{35,0 \times 100}{39,0} = 89,7\%$$

$$\text{pentru a.2000} = \frac{41,0 \times 100}{40,0} = 102,5\%$$

e) Indicele ilustrativ (fiecare nivel raportat la unul obţinut la 100%):

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 1998 r. – 47 - x
$x = \frac{47 \cdot 100}{42} = 111,9\ \%$

1997 r. – 42 – 100 %
pentru 2001 r. – 39 - x
$x = \frac{39 \cdot 100}{42} = 92,8\ \%$

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 1999 r. – 40 - x
$x = \frac{40 \cdot 100}{42} = 95,2\ \%$

1997 r. – 42 – 100 %
pentru 2002 r. – 35 - x
$x = \frac{35 \cdot 100}{42} = 83,3\ \%$

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 2000 r. – 41 - x
$x = \frac{41 \cdot 100}{42} = 97,6\ \%$

Rezultatele obţinute se înscriu în tabelul de analiză a datelor:

Anii / Indicii	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Morbiditate prin dizenterie	**42,0**	**47,0**	**40,0**	**41,0**	**39,0**	**35,0**
Sporul absolut (+; -)	–	5	-7	1	-2	-4
Ritmul de spor (în %; +; -)	–	11,9 %	14,8 %	2,5 %	- 4,8 %	-10,2 %
Valoarea absolută a unui procent de spor	–	0,42	0,47	0,4	0,41	0,39
Ritmul de creştere	-	111,9 %	85,1 %	102,5 %	95,1 %	89,7 %
Indicele ilustrativ	100 %	111,9	95,2	97,6	92,8	83,3

Concluzii:

Analizând nivelul dizenteriei la copii în r-nul C în perioada anilor 1997–2002, putem concluziona:

1. Nivelul dizenteriei la copii pe parcursul anilor studiaţi diminuează treptat cu excepţia a.1998.
2. Cel mai mare ritm de scădere se înregistrează în a.1999, când indicatorul constituie 14,8%, cu 10% mai puţin decât în a.2001.
3. Ritmul de creştere indică valori maxime în a.1998 (111,9%), cele mai mici valori înregistrându-se în a.1999 – 8,5% şi a.2002 – 89,7%.
4. Valoarea unui procent de spor variază de la 0,47 până la 0,39, înregistrând valori maxime în a.1999.

Varianta 1

Numărul populaţiei din Moldova (mii)

1996 – *4320,0*	1998 – *4293, 0*	2000 – *4264,3*	2002 – *4228,9*
1997 – *4304,7*	1999 – *4281,5*	2001 – *4247,7*	

Varianta 2

Durata medie de viaţă a populaţiei din Moldova.

1997 – *66,9*	1999 – *67,4*	2001 – *68,2*
1998 – *67,6*	2000 – *67,6*	2002 – *68,7*

Varianta 3

Morbiditatea nou-născuţilor (la 1000 copii).

Anul	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Nr.bolnavi	305,3	343,4	389,5	366,0	339,8	308,8	266,1

Varianta 4

Numărul de studenţi ce îşi fac studiile în USMF „N. Testemiţanu".

Anul	**1955**	**1965**	**1975**	**1985**	**1995**	**2002**
Nr.absolvenţi	*100*	*316*	*666*	*766*	*790*	

Varianta 5

Invaliditatea la copii în Republica Moldova (la 1000 copii până la 15 ani inclusiv).

Anul	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nr.medici	*11,1*	*11,8*	*12,7*	*12,5*	*12,6*	*15,6*	*16,3*

Varianta 6

Numărul de cazuri de HIV/SIDA în Moldova.

Anul	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002
Nr. de cazuri	*7*	*47*	*404*	*408*	*155*	*174*	*199*

Varianta 7

Numărul de îmbolnăviri prin pneumonie, înregistrate la copii în primul an de viață în raionul „N".

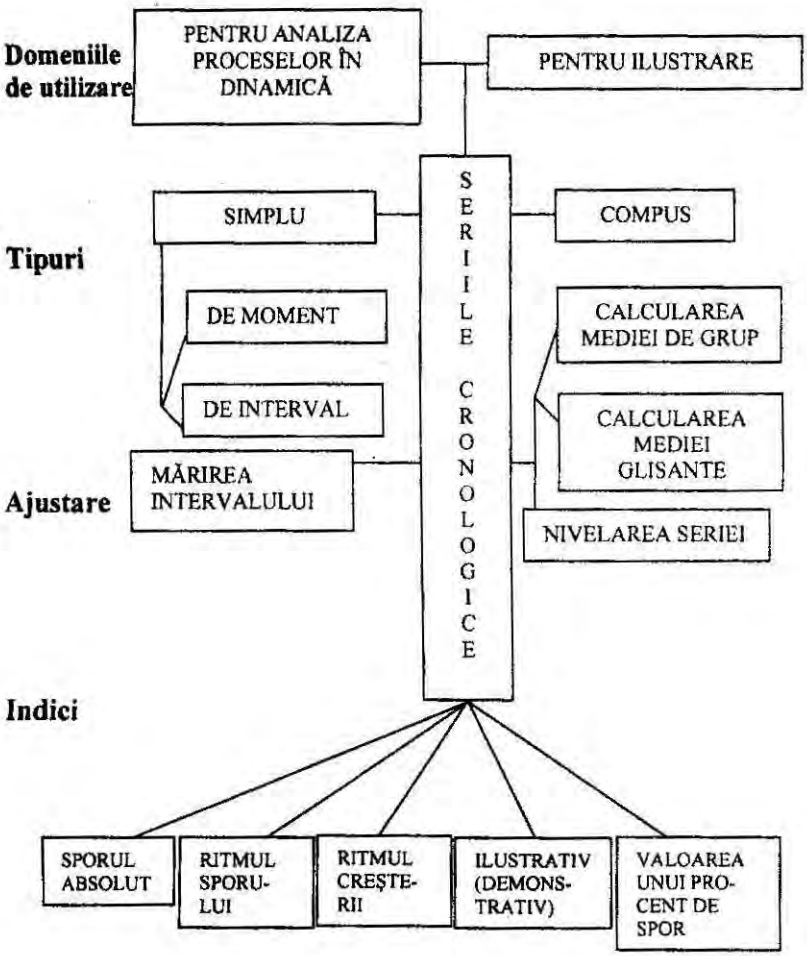
Luna	**Numărul de cazuri**	Luna	**Numărul de cazuri**
Ianuarie	*150*	Iulie	*75*
Februarie	*170*	August	*70*
Martie	*190*	Septembrie	*90*
Aprilie	*100*	Octombrie	*85*
Mai	*95*	Noiembrie	*110*
Iunie	*80*	Decembrie	*130*

Varianta 8

Asigurarea cu medici în Moldova (la 10 000 populație)

Anii	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Medici	*42,0*	*40,0*	*37,5*	*37,1*	*32,6*	*31,4*	*35,4*

Tema: SERIILE CRONOLGICE



Tema: ANALIZA DE CORELAȚIE

Scopul lecției: studierea metodei de determinare a formei, direcției și gradului de legătură dintre caracterele totalității statistice.

Sarcini instructiv-didactice

A însuși:

1. Importanța practică de folosire a coeficienților de corelație și analiza lor;
2. Căile de calculare a coeficientului de corelație.
3. Metoda de apreciere a veracității coeficienților de corelație.

Argumentarea scopului

Coeficienții corelației au o importanță mare în medicină. În activitatea practică medicul întâlnește des o mulțime de date ce caracterizează: *dezvoltarea somatometrică și psihică a individului sau a unei grupe de persoane, o serie de factori favorabili și nefavorabili ai mediului social și ambiant ce influențează asupra sănătății populației.* Pentru medic e necesar de a determina nu numai prezența, dar și direcția, gradul legăturii dintre aceste fenomene. Iată de ce medicul-practician, în cazurile apariției necesității aprecierii relațiilor dintre diferite fenomene, e obligat să cunoască metodele de calculare a coeficientului de corelație.

Întrebări pentru autocontrol

1. Dați definiția corelației.
2. Care sunt formele de corelație pe baza exemplelor concrete?
3. Ce ne permite să determinăm coeficientul de corelație, calculat prin metoda parametrică (r_{xy}) și eroarea sa medie (m^r)?
4. Ce tipuri de corelație dintre fenomene pot fi conform:

a) direcției;
b) legăturii?

5. Determinaţi metoda şi scrieţi formula de calcul al coeficier de corelaţie. Explicaţi semnele distinctive.
6. Cum se determină eroarea medie (m_r) şi criteriul de verac (t) al coeficientului de corelaţie calculat prin metoda parame (Person)? Faceţi o analiză şi o apreciere a rezultatelor obţinute.
7. În ce cazuri corelaţia se determină prin metoda de rang (S men)?
8. Indicaţi formula de calcul al coeficientului de corelaţie rang (r_{xy}), a erorii medii (m_{xy}) şi criteriul de veracitate (t). Expl semnele distinctive.
9. Care e consecutivitatea calculelor şi analizei coeficientulu relaţiei prin metoda de rang.

Deprinderi practice

A cunoaşte:

1. Cum se calculează coeficientul corelaţiei prin metoda para trică şi de rang?
2. A şti metoda:

a) calculării erorii medii şi a criteriului veracităţii coeficientulu corelaţie;

b) analizei coeficientului de corelaţie şi de alcătuire a concluz corespunzătoare.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective, se cere a cula coeficientul de corelaţie prin metoda parametrică.

Varianta 1

Vârsta mamei şi cantitatea de lapte stors sau supt la o sing alăptare:

Vârsta mamei (ani)	21	24	27	30	33
Cantitatea laptelui (gr)	120	110	105	100	95

Varianta 2

Înălțimea și greutatea corpului la 7 fetițe de 5 ani:

Înălțimea (cm)	87	88	89	90	91	92	93
Greutatea corpului(kg)	12	13	15	15	16	16	18

Varianta 3

Nivelul tensiunii arteriale sistolice și diastolice (mm a coloanei de mercur) la 7 adolescenți în vârsta de 17 ani:

Sistolică	105	115	115	112	113	120	125
Diastolică	65	70	65	65	70	75	80

Varianta 4

Nivelul de asigurare cu medici-stomatologi (la 1000 oameni) și ponderea copiilor sanați în cadrul a 5 raioane:

	B	D	O	N	U
Asigurarea cu medici (%^{0})	2,3	3,2	3,4	3,6	3,9
Ponderea copiilor sanați (%)	65,7	91,7	88,0	91,4	90,3

Varianta 5

Externarea tardivă din spital în cazurile spitalizării repetate a bolnavilor cu boli cronice în 10 secții de profil a spitalului central raional:

Numărul de bolnavi spitalizați în cazurile										
Repetate (abs)	25	23	20	18	19	22	19	21	24	18
Numărul de bolnavi externați										
Tardiv (abs)	13	10	10	8	7	12	9	10	13	8

Varianta 6

Analiza sanitaro-igienică a apei din 6 fântîni a determinat:

Duritatea apei (grade)	6	9	11	14	18	20
Cantitatea de calciu						
În apă (mgrl)	30	35	42	45	48	52

Varianta 7

Numărul naşterilor precoce şi morbiditatea copiilor nou-născuţi în 6 raioane:

	B	V	E	D	G	K
Morbiditatea copiilor Nou-născuţi (abs)	44	49	71	69	55	42
Naşterile precoce (abs)	65	98	71	69	80	85

Varianta 8

Complicaţiile postoperatorii şi timpul trecut din momentul accesului acut de pancreatită până la începutul operaţiei:

Timpul (ore)	3	5	7	10	13	16
Numărul de complicaţii (abs)	6	8	12	19	20	24

Exemplu de calcul al coeficientului de corelaţie.

Este necesar a stabili corelaţia dintre numărul născuţilor prematuri şi mortalitatea neonatală precoce.

Tabelul 1

Raionul	Numărul născuţilor prematuri faţă de cei vii (în %) x	Mortalitatea neonatală precoce y	dx	dy	d^2x	d^2y	dxdy
1	2	3	4	5	6	7	8
Leova	3,2	3,6	-2,375	-2,35	5,64	5,52	5,58
Anenii Noi	4,2	4,5	-1,375	-1,45	-1,89	2,10	1,99
Soroca	5,1	5,7	-0,475	-0,25	0,23	0,0625	0,19
Basarabeasca	5,3	5,5	-0,275	-0,45	0,076	0,20	0,12
Cahul	5,6	6,0	+0,025	+0,05	0,0006	0,0025	0,001
Sângerei	5,9	6,9	+0,325	+0,95	0,9	0,9	0,31
Glodeni	7,5	8,0	+1,925	+2,05	3,17	4,20	3,95
Călăraşi	7,8	7,4	+2,225	+1,45	4,95	2,1	3,23

1. Alcătuim suma variantelor „x" şi „y" (coloana 2 şi 3).
2. Calculăm media aritmetică a seriilor variabilelor „x" şi „y".

Mx = 44,6:8 = 5,575

My = 47,6:8 = 5,95

Tabelul 1a

Corelaţia între proporţia născuţilor prematuri şi mortalitatea neonatală precoce

Nr.	Raionul	Proporţia născuţilor prematuri (x)	Mortalitatea neonatală (y)	dx	dy	dx^2	dy^2	dxdy
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Leova	3,2	3,6	-2,375	-2,35	5,64	5,52	5,58
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
	Total.	44,6	47,6	–	–	23,03	15,085	15,371

3. Găsim valorile dx şi dy.

$dx_{Leova} = X_{Leova} - Mx$ (coloana 4)

$dy_{Leova} = Y_{Leova} - My$ (coloana 5)

Analogic găsim pentru fiecare raion.

4. Determinăm dx^2 şi dy^2.

$dx^2_{Leova} = (-2,375)^2 = 5,64$ (coloana 6)

$dy^2_{Leova} = (-2,35)^2 = 5,52$ (coloana 7)

Analogic găsim pentru fiecare raion.

5. Înmulţim între ele valorile numerice ale lui dx şi dy şi căpătăm în fiecare rând dx · dy.

$dx \cdot dy_{Leova} = (-2,375) \cdot (-2,35) = 5,58$ (coloana 8)

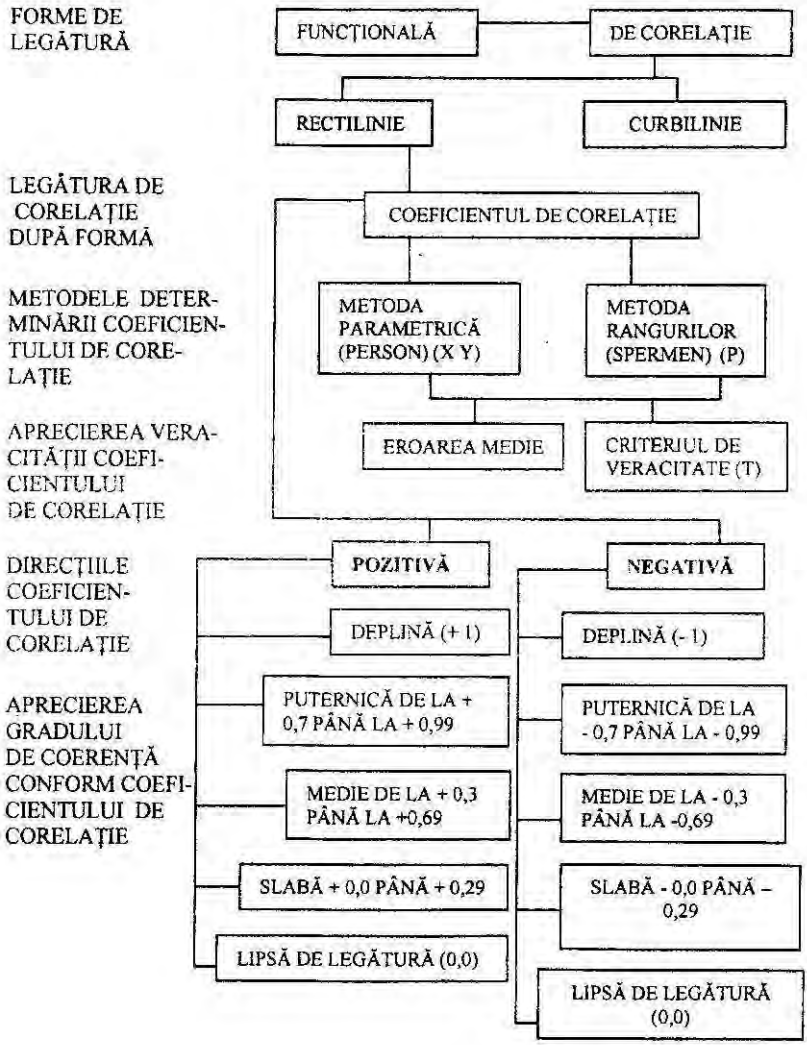
Analogic găsim pentru fiecare raion.

6. Calculăm suma coloanelor 6, 7, 8.
7. Introducem date în formula:

$$2xy = \frac{\Sigma dx \cdot dy}{\sqrt{\Sigma dx^2 \cdot \Sigma dy^2}} = \frac{15{,}371}{\sqrt{23{,}03 \cdot 15{,}085}} = 0{,}82$$

Concluzie: A fost determinată legătura directă şi puternică dintre numărul născuţilor prematuri şi mortalitatea neonatală precoce.

Tema: ANALIZA DE CORELAȚIE



Tema: ANALIZA REGRESIEI

Scopul lecţiei: a însuşi metoda de calcul şi analiza fenomenelor studiate.

Sarcini instructiv-didactice

1. Însuşirea bazelor teoretice ale regresiei.
2. Aprecierea metodei de calcul al coeficienţilor.
3. Aprecierea importanţei practice a regresiei.

Argumentarea scopului

Multe din fenomenele ce le studiază medicina socială au între ele o strânsă legătură, exprimată printr-o interdependenţă cauzată de consecinţa care se adevereşte cu ajutorul coeficientului de corelaţie. Această metodă însă nu ne permite a afla schimbările cantitative ale unei valori în funcţe de schimbările cantitative ale unei valori dependente de schimbările de acest mod ale altei valori.

Pentru a determina acţiunea reciprocă a factorilor ori influenţa lor asupra unui indice rezultativ, se foloseşte analiza de regresie şi coeficienţii regresiei.

Metoda regresiei oferă posibilitatea de a determina valoarea numerică a unui fenomen (spre exemplu, greutatea), în funcţie de mărimea altui fenomen (înălţimea), fără a întreprinde măsurări speciale.

Cu ajutorul coeficientului de regresie se poate aprecia dezvoltarea somatometrică a copiilor ori adolescenţilor, folosindu-se în mod practic scara de regresie şi graficul ei.

Întrebări pentru autocontrol

1. Cum putem cunoaşte dacă există sau nu vreo legătură de dependenţă între seriile de valori ale două fenomene?
2. Determinaţi noţiunea de regresie.

3. Prin ce se exprimă dependenţa fenomenelor în analiza de regresie?
4. Ce fel de ecuaţii se folosesc în analiza de regresie?
5. Explicaţi ecuaţiile regresiei rectilinii.
6. Când se aplică ecuaţia regresiei rectilinii?
7. Ce exprimă coeficientul de regresie?
8. Indicaţi formula de calcul al coeficientului de regresie.
9. Prin ce se exprimă diversitatea caracterelor individuale în analiza regresiei?
10. Indicaţi formula deviaţiei standard (deviaţiei mediei pătratice) a regresiei?
11. Cum se determină limitele de variaţie a funcţiei (y), în funcţie de schimbările argumentului (x)?
12. Ce se subînţelege sub termenul scara regresiei?
13. Cum se construieşte graficul scării regresiei?
14. Apreciaţi valoarea practică a graficului scării regresiei.
15. Ce metodă grafică se construieşte pe principiul scării regresiei?
16. Care e rolul analizei regresiei în aprecierea dezvoltării somatometrice a copiilor şi adulţilor?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte metoda de calcul al coeficienţilor de regresie şi folosirea lor în practica ocrotirii sănătăţii.
2. A însuşi metoda de determinare a erorii medii (mb_{xy}) a regresiei şi aplicarea ei practică.
3. A construi scara regresiei şi a o folosi în mod practic.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective e necesar a determina:

1. coeficientul regresiei Ry/x (b_{yx}) şi a explica interpretarea;
2. valoarea unui caracter (y) pe baza altui caracter cunoscut (x), folosind datele iniţiale;
3. a forma scara regresiei;

4. a construi graficul scării regresiei;
5. a stabili limitele de ondulare a unui caracter individual (y), în funcţie de valoarea medie a altui caracter cunoscut (x).

Rezolvând exerciţiile fiecărei variante, e necesar a respecta riguros consecutivitatea întrebărilor indicate mai sus.

Varianta 1

Cazul dat include indici ai staturii şi greutăţii a 134 de adolescenţi în vârstă de 16 ani din localităţi rurale ale Moldovei

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg)

4. $M_x = 164{,}42 \pm 0{,}73$ cm
5. $M_y = 58{,}76 \pm 0{,}68$ kg

1. $r_{xy} = \pm 0{,}759$
2. $S_x = 0{,}64$ cm
3. $S_y = 8{,}08$ kg

Când x = 160 cm care va fi valoarea lui „y"?

Varianta 2

Vârsta mamei şi cantitatea laptelui supt de copil şi stors

1. Vârsta mamei (ani) (x)
2. Cantitatea laptelui (gr) (y)

1. $r_{xy} = -0{,}986$
2. $Sig._x = \pm 4{,}7$ ani
3. $Sig._y = \pm 9{,}6$ gr.
4. $M_x = 27$ ani
5. $M_y = 1{,}06$ gr.

Când x = 26 ani, care va fi valoarea lui y?

Varianta 3

Statura şi greutatea unui grup de fetiţe din localităţile rurale ale Moldovei în vârstă de 4 ani:

1. $r_{xy} = +0{,}94$
2. $Sig._x = 3{,}93$ cm
3. $Sig._y = 1{,}72$ kg

4. $M_x = 99,5 \pm 0,39$ cm
5. $M_y = 15,84 \pm 0,16$ kg

Când x = 103 cm care e valoarea lui y?

Varianta 4

Frecvența complicațiilor la bolnavii de „abdomenul acut", în funcție de termenele de spitalizare:

1. Termenul de spitalizare (ore) (x)
2. Frecvența complicațiilor la bolnavii de "abdomenul acut" (în %) - (y)

$r_{xy} = + 0,97$

2. $S_x = \pm 3,05$ ore
3. $S_y = \pm 1,73\%$
4. $M_x = 5,5$ ore
5. $M_y = 4,4\%$

Când x = 10 ore care e valoarea lui y?

Varianta 5

Statura și greutatea studenților a USMF „N. Testemițanu" anul I și II.

Statura (cm) – x
Greutatea (kg) – y

1. Sxy = +0,70
2. Sx = ±4,14
3. Sy = ±2,14
4. Mx = 58,6 kg
5. My = 164,9 cm

Când „x"= 170 cm care e valoarea lui „y"?

Varianta 6

Statura și perimetrul toracic la 112 băieți moldoveni din orașul Chișinău, în vârstă de 7 ani:

1. Statura (cm) (x)
2. Perimetrul toracic

1. $r_{xy} = 0,52$ cm
2. $S_x = \pm 5,66$ cm
3. $S_y = \pm 2,96$ cm
4. $M_x = 121,44$
5. $M_y = 60,60$

Când x = 125 cm care e valoarea lui y?

Varianta 7

Statura şi greutatea a 121 elevi în vârstă de 10 ani din localităţile rurale ale Moldovei.

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg) (y)
   1. $r_{xy} = 0,708$
   2. $S_x = \pm 5,84$ cm
   3. $S_y = \pm 3,52$ kg
   4. $M_x = 129,84$
   5. $M_y = 28,44$

Când x = 140 cm care e valoarea lui y?

Exemplu de calcul al coeficientului de regresie:

Statura şi greutatea a 300 de elevi moldoveni din localităţile urbane în vârstă de 12 ani:

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg) (y)
   1. $r_{xy} = +0,76$
   2. $S_x = \pm 6,02$ cm
   3. $S_y = \pm 4,1$ kg
   4. $M_x = 140,22$
   5. $M_y = 33,52$

Când x = 143 cm care e valoarea lui y ?

1. Determinăm coeficientul de regresie

$$b_{xy} = S_{xy} \frac{S_y}{S} = 0,766 \frac{4,1}{6,02} = 0,52 \text{ kg}$$

Deducţia: mărirea înălţimii medii la grupul de elevi din localităţile urbane care a fost cercetat, cu 1 cm conduce la creşterea greutăţii lor cu 0,52 kg.

2. Determinăm mărimea greutăţii (y) când starea (x) este egală cu 143 cm.

$y = \overline{y} + b_{y/x} (x-\overline{x})$
$y = 33,52 + 0,52 (143-140,22)$
$y = 34,96$ kg

Statura şi greutatea a 300 de elevi din localităţile urbane în vârstă de 12 ani.

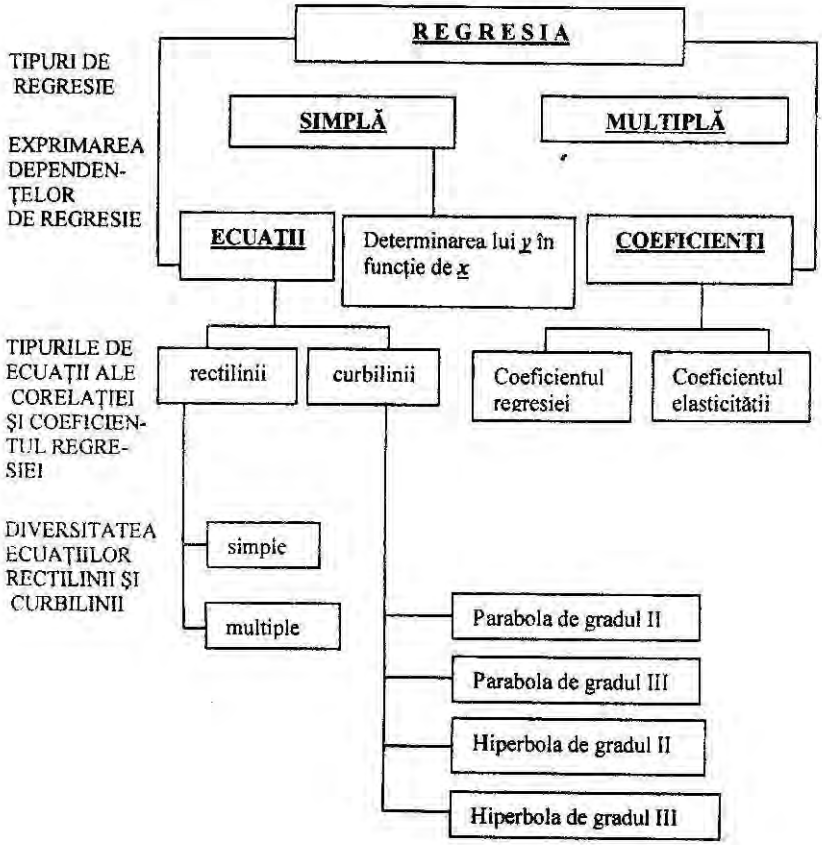
Statura (cm) – x
Greutatea (kg) – y

1. $S_{xy} = +0,766$
2. $S_x = 6,02$ cm
3. $S_y = 4,1$ kg
4. $M_x (\overline{x}) = 140,22$ cm
5. $M_y (\overline{y}) = 33,52$ kg

Când statura este de 143 cm, care e mărimea greutăţii?

Concluzie: astfel, staturii de 143 cm îi corespunde greutatea de 34,96 kg.

Tema: ANALIZA REGRESIEI



Tema: APLICAREA METODELOR EPIDEMIOLOGICE ÎN STUDIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

Scopul lecției: a însuși domeniile principale de aplicare a metodelor epidemiologice în practică.

Sarcini instructiv-didactice

1. A însuși noțiunile de bază ale epidemiologiei și aplicarea acestora în practica sănătății publice.
2. A însuși tipurile de bază de cercetări epidemiologice și a distinge diferite tipuri de studii.
3. A însuși metoda de calculare și analiză a indicatorilor în baza rezultatelor cercetărilor.

Argumentarea scopului

Epidemiologia este utilizată pe larg în toate domeniile de activitate a lucrătorilor din sistemul de sănătate: de la medicul curant (de familie) până la managerii de sănătate. În calitate de parte componentă a sănătății publice, epidemiologia furnizează date pentru acțiuni direcționate de sănătate publică. Rezultatele cercetărilor clinice (studiile rondomizate) oferă informații despre noi metode de tratament, noi medicamente, noi metode de diagnosticare etc. De aceea este de competența fiecărui specialist de diferit domeniu, mai cu seamă din domeniul sănătății publice, de a cunoaște sferele de aplicare a epidemiologiei, pentru a putea implementa rezultatele cercetărilor, integrându-le în practica cotidiană a medicului generalist sau specialist, în scopul ameliorării stării de sănătate a populației.

Întrebări pentru autocontrol

1. Prezentaţi definiţia şi obiectivele epidemiologiei.
2. Numiţi domeniile de aplicare a epidemiologiei.
3. Numiţi metodele utilizate în epidemiologie.
4. Numiţi tipurile de cercetări epidemiologice, care este diferenţa dintre studiile experimentale şi cele neexperimentale,
5. Care sunt avantajele şi dezavantajele diferitelor tipuri de studii (descriptive şi observaţionale, caz-control şi cohortă etc.)
6. Numiţi tipurile de anchete epidemiologice.
7. Ce informaţie este prezentată în cadrul studiilor descriptive?
8. Ce informaţie este prezentată în cadrul studiilor observaţionale?
9. Pin ce se deosebesc studiile experimentale de alte tipuri de studii?
10. Cu ajutorul căror indicatori se analizează rezultatele cercetărilor epidemiologice (descriptive şi analitice)?

Deprinderi practice

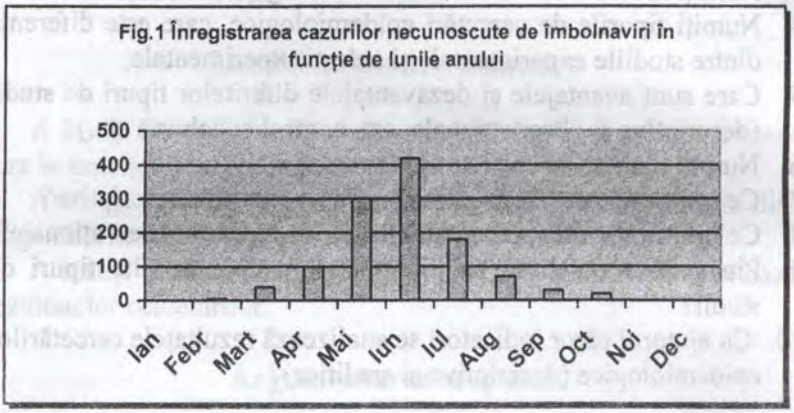
1. A însuşi tipurile de studii epidemiologice şi a le putea distinge;
2. A însuşi analiza rezultatelor ştiinţifice, obţinute în rezultatul studiilor descriptive, observaţionale (cohortă, caz-control) şi studiilor clinice randomizate.

Sarcini pentru studiul individual

Studenţii se repartizează în grupuri de lucru a câte 3–4 persoane pentru a rezolva problemele. În baza rezultatelor studiilor prezentate, este necesar de a analiza şi a descrie informaţia recepţionată şi de a formula concluziile respective.

Varianta I

Utilizând diagramele de mai jos, analizați rezultatele studiului descriptiv (evoluția cazurilor de boală), în funcție de timp.



Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice din tabelul prezentat mai jos, analizați rezultatele, în funcție de loc, vârstă și statut socio-economic (de persoană).

Tabelul 1

Incidența maladiei înregistrate în localitățile M și C, în funcție de loc și vârstă

Grupe de vârstă (ani)	Rural			Urban		
	Populația	Nr. de cazuri	Rata la 1000	Populația	Nr. de cazuri	Rata la 1000
sub 1 an	327	0	0	365	0	0
1	233	2	8,6	205	1	4,9
2	408	30	73,5	365	16	43,8
3	368	26	70,7	331	28	84,6
4	348	33	94,8	321	32	99,7
5–9	1,574	193	122,6	1531	174	113,7

10–14	1,329	131	98,6	1276	95	74,5
15–19	1,212	4	3,3	1510	17	11,3
20–24	1,055	1	0,9	1280	51	39,8
25–29	882	1	1,2	997	75	75,2
30–34	779	4	5,1	720	47	65,3
35–39	639	4	6,3	646	51	78,9
40–44	469	10	21,3	485	34	70,1
45–49	372	7	18,8	343	18	52,5
50–54	263	13	49,4	263	12	45,6
55–59	200	5	25,0	228	6	26,3
60–64	164	9	53,6	153	3	19,6
65–69	106	4	37,7	105	2	19,1
peste 70	80	6	75,0	114	2	17,5
Total	**10 812**	**483**	**44,7**	**11 238**	**664**	**59,1**

Tabelul 2

Incidența maladiei înregistrate în localitatea M, în funcție de statutul socio-economic

Statutul socio-economic	Nr. de cazuri	Populația	Rata la 1000
Categoria 1 (cea mai saracă)	99	796	124,4
Categoria 2	240	2888	83,1
Categoria 3	260	4868	53,4
Categoria 4	177	5035	35,2
Categoria 5	132	5549	23,8
Categoria 6	23	1832	12,6
Categoria 7 (cea mai bogată)	2	769	2,6
Total	**933**	**21 737**	**42,9**

Varianta 2

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice din tabelul prezentat mai jos, analizați rezultatele, în funcție de ocupație, sex și vârstă (de persoană).

Tabelul 3

Incidența maladiei înregistrate în localitatea M, în funcție de ocupație, sex și vârstă

Sex	Agricultor?	Grupa de vârstă (ani)	Bolnavi	Sănătoși	Total	Procentul de bolnavi
Femei	Da	Sub 10	0	0	0	–
		10–19	2	330	332	0,6
		20–29	4	194	198	2,0
		30–44	2	93	95	2,1
		45–54	0	9	9	0
		Peste 55	0	5	5	0
Femei	Nu	Sub 10	28	577	605	4,6
		10–19	5	200	205	2,4
		20–29	12	204	216	5,6
		30–44	16	220	236	6,8
		45–54	4	91	95	4,2
		Peste 55	1	92	93	1,1
Bărbați	Da	Sub 10	0	0	0	–
		10–19	3	355	358	0,8
		20–29	1	361	362	0,3
		30–44	3	318	321	0,9
		45–54	0	93	93	0
		Peste 55	1	51	52	1,9
Bărbați	Nu	Sub 10	23	629	652	3,5

		10–19	4	161	165	2,4
		20–29	1	12	13	7,7
		30–44	0	10	10	0
		45–54	1	14	15	6,7
		Peste 55	4	26	30	13,3

Varianta 3

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice – studiu de cohortă, este necesar de calculat riscul relativ (RR) şi de interpretat rezultatele. Scopul cercetării a fost de a evalua factorii de risc pentru mortalitatea maternă în localitatea B.

Rezultate: din numărul total de gravide, la parteneriat şi lauze (4336) în vârstă de peste 30 ani au decedat 18 femei, iar din numărul total a celor în vârstă de sub 30 ani (4785) au decedat 11 femei.

Rezultatele	Vârsta maternă	
	≥ 30	< 30
Numărul de femei însărcinate, care au decedat la 42 zile după naştere	18	11
Numărul de femei însărcinate, care trăiau la 42 zile după naştere	4318	4774
Total	4336	4785

Varianta 4

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice, studiul caz-control este necesar de a calcula raportul probabilităţilor (OR – odds ratio) şi de interpretat rezultatele.

Scopul cercetării: de a evalua asocierea dintre inflamaţiile pelviene la femei şi utilizarea dispozitivelor intrauterine (DIU).

Rezultat	Folosirea DIU	
Informaţii pelviene	În prezent utilizează DIU	Nici o metodă în prezent
Da	891	724
Nu	518	967
Total	1369	1691

Varianta 5

Utilizând rezultatele cercetării clinice randamizate, calculați riscul relativ și interpretați rezultatele.

Scopul studiului: de a evalua eficacitatea tratamentului prin metoda nouă față de metoda veche.

Rezultatele	Expunere	
	Metoda veche	Metoda nouă
Persoane cu complicații postoperatorii	10	9
Persoane fără complicații postoperatorii	133	140
Total	143	149

Exemplu de calculare și interpretare a RR (riscului relativ) pentru studiile de cohortă și studiile clinice rondomizate.

	Expuși	Neexpuși	Total
Subiecții care dezvoltă rezultatul	a	b	a+b
Subiecții care nu dezvoltă rezultatul	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

$$RR = \frac{\text{Raportul rezultatului la subiecții expuși } (R_1)}{\text{Raportul rezultatului la subiecții neexpuși } (R_0)} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Exemplu:

Rezultat	Expunere		
	Operație prin metoda A	Operație prin metoda B	Total
Complicații chirurgicale	53	12	65
Fără complicații chirurgicale	2344	1097	3441
Numărul total	2397	1109	3506

$$RR = \frac{43/45}{23/3441} = \frac{1,96}{0,68} = 2,8$$

Interpretare:

RR = 1 – nici o asociere dintre expunere şi rezultat

RR > 1 – expunerea este factor de risc

RR < 1 – expunerea este factor de protecţie

Concluzie: Metoda A este asociată cu un risc mărit (de 2,8 ori) de complicaţii chirurgicale comparativ cu metoda B.

Exemplu de calculare şi interpretare a OR (odss ratio) – raportul probabilităţilor pentru studii sau control.

Expunere		**Boală (rezultat)**		
		Da (D +)	**Nu (D -)**	**Total**
E +	*Da*	a	b	a+b
E -	*Nu*	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

$$OR = \frac{\text{Probabilitatea bolii în rândul expuşilor (cazuri)}}{\text{Probabilitatea bolii în rândul neexpuşilor (martor)}} = \frac{\text{probabilitatea } \frac{a}{a+c}}{\text{probabilitatea } \frac{b}{b+d}} = \frac{ad}{bc}$$

Exemplu:		**Decese**	
		Da	**Nu**
Diabet	Da	100	89
	Nu	811	2340

$$OR = \frac{ad}{bc} = \frac{100 \times 2340}{89 \times 811} = 3,2$$

Interpretare:

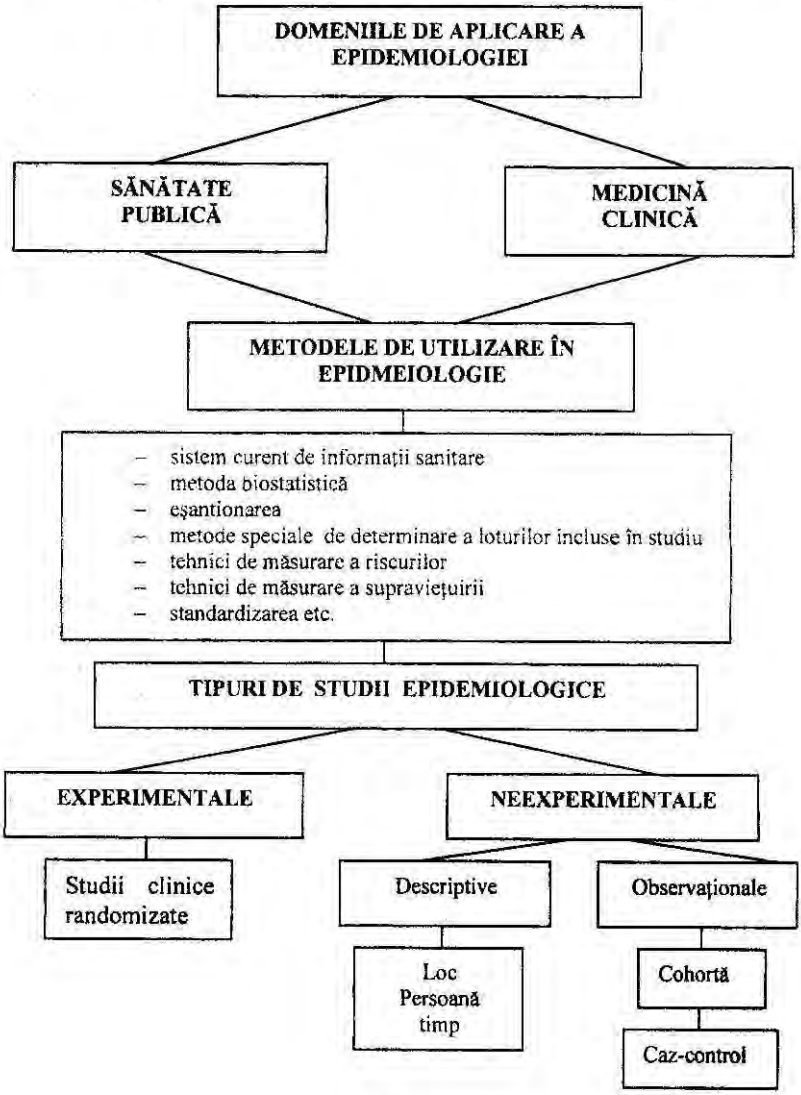
OR = 1 – nici o asociere dintre expunere şi rezultat

OR > 1 – expunerea este factor de risc

OR < 1 – expunerea este factor de protecţie

Concluzie: Probabilitatea deceselor în rândul persoanelor cu diabet este de 3,2 ori mai mare decât în rândul persoanelor fără diabet.

Tema: APLICAREA METODELOR EPIDEMIOLOGICE DE STUDIU AL SĂNĂTAȚII POPULAȚIEI



Tema: ETAPELE STUDIULUI STATISTIC

Scopul lecţiei practice: însuşirea şi aplicarea metodelor contemporane în activitatea instituţiilor ştiinţifico-practice pentru studierea diverselor aspecte ale Sănătăţii Publice şi activităţii instituţiilor sanitare.

Argumentarea scopului

Pentru ca medicul-practician să studieze şi să analizeze rezultatele activităţii sale, el trebuie să cunoască bine cerinţele generale, regulile, ordinea şi consecinţa acţiunilor necesare pentru cercetarea diverselor fenomene în activitatea sa ştiinţifico-practică. Luând în considerare faptul că volumul informaţiei despre starea sănătăţii populaţiei, activităţii instituţiilor ştiinţifice şi sanitare creşte incontinuu, este necesar ca fiecare student şi absolvent să însuşească la perfecţie sarcinile instructiv-didactice şi deprinderile practice în colectarea materialului acumulat despre sănătatea populaţiei şi activitatea instituţiilor sanitare, prelucrarea statistică şi analiza lui profundă, efectuarea concluziilor şi propunerilor argumentate. Deci, însuşirea acestei teme este binevenită pentru fiecare absolvent – viitor medic-practician sau colaborator ştiinţific.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea conţinutului, sarcinilor şi metodelor de cercetare a sănătăţii populaţiei;
2. Însuşirea metodelor;

a) alcătuirii programelor şi planului cercetării sanitaro-statistice,
b) colectării informaţiei statistice;
c) controlului informaţiei, acumulării ei în tabele statistice şi pregătirea pentru analiza logică a rezultatelor cercetării statistice.
d) formularea concluziilor şi propunerilor argumentate.

Întrebări pentru autocontrol

1. Caracteristica metodelor de observare statistică.
2. Caracteristica metodelor de observare, în funcţie de timp.
3. Metoda epidemiologică şi istorică.
4. Metoda economică.
5. Metoda experimentală.
6. Metoda observării directe şi informaţiei extrase dintr-un formular oficial.
7. Metoda prin anchetare.
8. Tipurile anchetelor după scop:
9. Caracteristica modurilor de verificare a materialului.
10. Cerinţele de întocmire a machetelor de tabele statistice şi structura lor.
11. Caracteristica tipurilor de tabele.
12. Caracteristica tipurilor de distribuţie.
13. Etapele cercetării statistice.
14. Conţinutul programului de cercetare.
15. Tipurile de programe.
16. Conţinutul planului de cercetare.
17. Conţinutul etapei a II-a a cercetărilor statistice.
18. Conţinutul etapei a III-a a cercetărilor statistice.
19. Caracterizaţi tipurile de verificare a informaţiei acumulate.
20. Esenţa etapei a IV-a a cercetărilor statistice.

Deprinderi practice

1. Însuşirea metodologiei elaborării, realizării planului şi programelor cercetării statistice.
2. Cunoaşterea metodei de prelucrare a informaţiei statistice.
3. Însuşirea metodologiei analizei logice a rezultatelor cercetărilor statistice.
4. Formularea concluziilor şi propunerilor argumentate.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor cercetărilor selective, e necesar de a studia morbiditatea generală sau spitalicească după grupele omogene (maladiilor), gen, vârstă şi durata internării bolnavilor în staţionar.

Pentru rezolvarea problemei date, folosind tichetele sau fişele externaţilor din staţionar (f. 25 V sau 266), se cere:

I. a determina scopul cercetării;

II. a alcătui planul cercetării, în scopul căruia este necesar de stabilit:
   1. *obiectul cercetării;*
   2. *volumul cercetării;*
   3. *modul cercetării (după timp şi volum);*
   4. *locul şi timpul cercetării;*
   5. *termenul cercetării;*
   6. *finanţe necesare pentru organizarea şi efectuarea cercetării;*
   7. *efectuarea conducerii ştiinţifice şi metodice a cercetărilor date.*

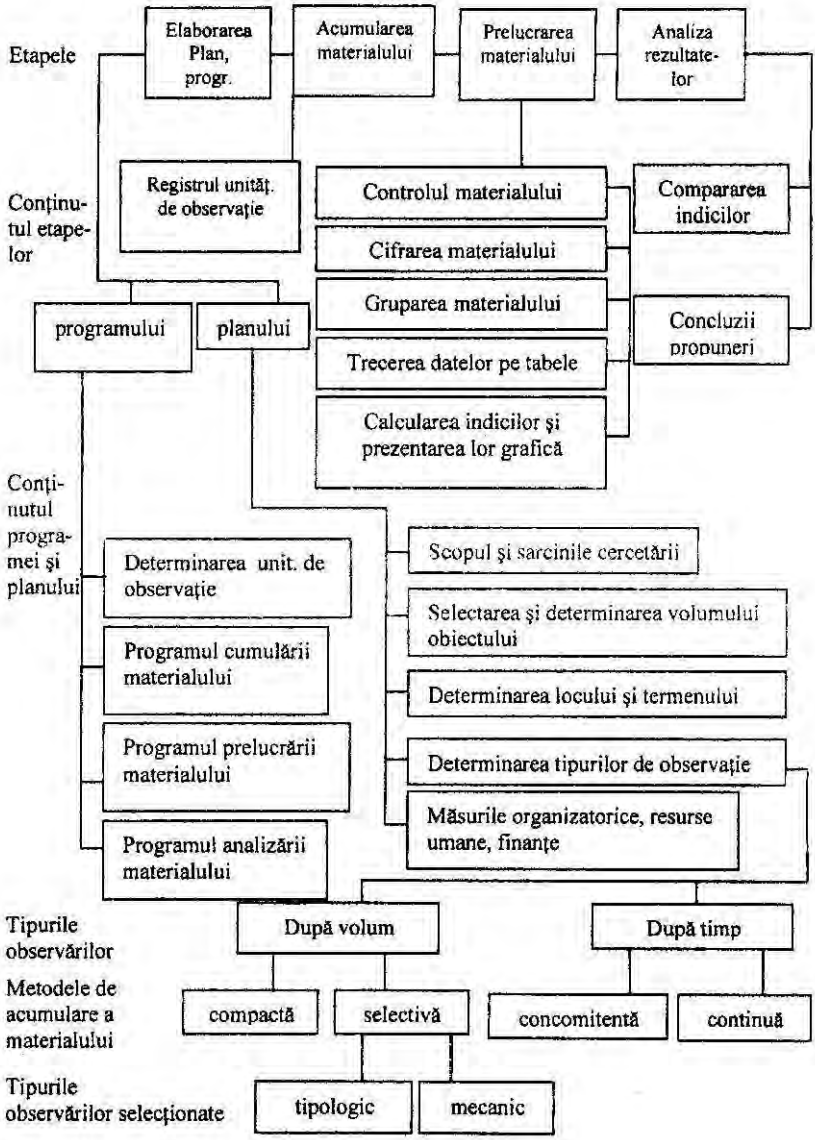
III. a alcătui programul cercetării, pentru care fapt este necesar:
   1. *a stabili unitatea de observare (evidenţă) şi caracterele ei specifice;*
   2. *a indica programul de observare (document pentru colectarea materialului) sau a-l elabora (la necesitate);*
   3. *a alcătui 3 tipuri de tabele statistice (simplu, grupat şi combinat).*

IV. a cifra (codifica) caracterele unităţii de observare.

V. a completa tabele cu cifre absolute, conform rezultatelor obţinute.

VI. a elabora programa analizei logice a rezultatelor obţinute.

Tema: ETAPELE STUDIULUI STATISTIC



Tema: DEMOGRAFIA MEDICALĂ

Scopul lecţiei practice: a însuşi metodele de cercetare, analiză şi evaluare a indicilor demografici.

Argumentarea scopului

Cerinţele actuale de optimizare a formelor de organizare a asistenţei medicale a populaţiei necesită cunoaşterea statisticii demografice. Datele demografice se folosesc pe larg în determinarea necesităţii şi amplasării reţelei instituţiilor medicale, în elaborarea măsurilor de profilaxie a populaţiei. Paralel cu datele despre morbiditate şi dezvoltarea somatometrică, datele demografice servesc drept criteriu important ce caracterizează sănătatea populaţiei.

Medicul practician în activitatea sa aplică metode de calcul şi analiză a ratelor de natalitate şi mortalitate a populaţiei şi, în special, la copii. De aceea cunoştinţele, deprinderile şi capacităţile acumulate în cadrul studierii temei date vor fi necesare în activitatea practică a medicului.

Sarcini instructiv-didactice

1. A cunoaşte situaţia demografică în Moldova şi alte ţări.
2. A însuşi metodele de calcul, analiză şi apreciere a indicilor mişcării migratorii şi naturale a populaţiei
3. A cunoaşte nivelul şi structura cauzelor mortalităţii generale, infantile, perinatale şi mortalităţii copiilor sub 5 ani.
4. A însuşi metodele de calcul, analiză şi apreciere a ratei mortalităţii infantile.

Întrebări pentru autocontrol

1. Rolul statisticii demografice în activitatea practică a medicului.
2. Ce este demografia?
3. Recensământul populației și efectuarea lui.
4. Sursele de studiere a populației, componența și distribuirea teritorială a populației în perioada dintre recensăminte.
5. Esența noțiunilor: distribuire, densitate, nivelul de studiu, componența și altele.
6. Esența ce determină componența după gen și vârstă a populației. Tipurile structurale ale populației după vârstă.
7. Felurile și cauzele migrației. Indicii mișcării migratorii a populației.
8. Rolul medicilor în înregistrarea și analiza mișcării naturale a populației.
9. Indicii mișcării naturale a populației.
10. Metoda de calcul al coeficientului natalității, mortalității și a sporului natural.
11. Indicii de orientare a aprecierii mișcării naturale a populației.
12. Coeficientul comun și de vârstă al fertilității. Metoda calculării lui.
13. Aspectele medico-sociale ale reglării natalității în Moldova și peste hotare.
14. Mortalitatea generală. Cauzele principale ale mortalității populației.
15. Coeficientul de vârstă al mortalității și aprecierea acestuia.
16. Mortalitatea infantilă. Tipurile și metoda de calcul al indicilor mortalității infantile.
17. Nivelurile și structura mortalității infantile în Moldova și alte țări.
18. Cauzele mortalității infantile. Oscilările sezoniere.
19. Mortalitatea perinatală, structura, cauzele și căile de micșorare.
20. Metoda de calcul al indicilor mortinatalității și mortalității neonatale precoce și aprecierea lor.
21. Noțiunea despre durata medie a vieții. Problema longevității. Îmbătrânirea populației.

Deprinderi practice

A însuşi:

1. Metoda de calcul, analiză şi apreciere a indicilor demografiei.
2. Metoda de calcul, analiză şi apreciere a coeficientului mortalităţii infantile şi perinatale.

Sarcini pentru studiul individual

Conform datelor indicate mai jos, e necesar:

1. a calcula indicii mişcării naturale şi migratorii a populaţiei în raion după „Darea de seamă anuală" (coeficientul natalităţii, mortalităţii, sporului natural, migratoriu şi sporul absolut).
2. a prezenta în formă de tabel indicii obţinuţi.

Indicii demografici în anul de dare de seamă şi în anul precedent (la 1000 oameni)

Indicele demografic %	Anul	
	anul de dare de seamă	precedent
Natalitatea		
Mortalitatea		
Mortalitatea infantilă		
Mortalitatea perinatală		
Sporul natural		
Sporul imigratoriu		
Sporul anual		

3. Efectuaţi aprecierea sanitară a indicilor mişcării populaţiei raionului pe anul curent după nivelul respectiv (jos, mediu, înalt).
4. Determinaţi structura cauzelor mortalităţii infantile pe anul curent.
5. Comparaţi indicii demografici ai raionului cu indicii respectivi ai anului anterior şi indicii medii pe republică.
6. Determinaţi şi formulaţi concluzia.

Exemplu de rezolvare a problemei

Situaţia demografică a raionului „C" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – *76,7* mii oameni;
- s-au născut vii – *1200;*
- au decedat – *903* dintrei;
- au decedat copii până la 1 an – *30.*

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – *1200;*
- morţi – 5;
- au decedat în prima săptămână – *18.*

Între cei decedaţi până la 1 an (30) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuţilor –*7;*
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 6;
- de boli infecţioase – *5;*
- alte cauze – *4;*
- au imigrat – *20 de persoane;*
- au emigrat – *160 de persoane.*

În raionul „C" în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populaţie):

- rata natalităţii – *20,0;*
- rata mortalităţii – *11,0;*
- rata sporului natural – *9,0;*
- rata mortalităţii infantile – *19,8;*
- rata mortalităţii perinatale – *14,2;*
- rata imigrării – 1,2;
- rata emigrării – 2,8.

Rezolvarea:

1. Rata natalității = $\frac{\text{Numărul de copii născuții vii}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{1200}{76\,700} \times 1000 = 15{,}6‰$

2. Rata mortalității generale = $\frac{\text{Numărul celor decedați}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{903}{76\,700} \times 1000 = 11{,}8‰$

3. Sporul natural = Rata natalității – Rata mortalității generale = 15,6 – 11,8 = 3,8‰

4. Rata imigrării = $\frac{\text{Nr. de populație care a venit definitiv cu traiul}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{20}{76\,700} \times 1000 = 0{,}3‰$

5. Rata emigrării = $\frac{\text{Nr. de populație care a plecat definitiv cu traiul}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{160}{76\,700} \times 1000 = 2{,}1‰$

6. Sporul mecanic = Rata imigrării – Rata emigrării = 0,3 – 2,1 = -1,8 ‰

7. Sporul anual = Sporul natural + Sporul mecanic = 3,8 + (-1,8) = 2,0 ‰

8. Rata mortalității infantile = $\frac{\text{Nr. de decese ale nou-născuților vii în primul an de viață}}{\text{Numărul total vii}} \times 1000 =$

$$= \frac{30}{1200} \times 1000 = 25{,}0‰$$

9. Rata mortinatalității = $\frac{\text{Nr. de născuți morți}}{\text{Numărul născuți morți + Numărul născuții vii}} \times 1000 =$

$$= \frac{5}{5+1200} \times 1000 = 4{,}1‰$$

10. Rata mortalității neonatale precoce = $\frac{\text{Nr. de copii decedați în 1 săptămână}}{\text{Numărul copii născuți vii}} \times 1000 =$

$$= \frac{18}{1200} \times 1000 = 15,0\ ‰$$

11. Rata mortalității perinatale $= \frac{\text{Nr. de născuți morți + Nr. copii decedați în 1 săpt.}}{\text{Nr. născuți morți + Nr. născuții vii}} \times 1000 =$

$$= \frac{5 + 18}{5 + 1200} \times 1000 = 19,1\ ‰$$

12. Structura mortalității infantile (%):

- De bolile caracteristice nou-născuților $= \frac{7 \times 100}{30} = 23,3\ \%$

- De anomalii congenitale $= \frac{8 \times 100}{30} = 26,7\ \%$

- De pneumonie $= \frac{6 \times 100}{30} = 20,0\ \%$

- De boli infecțioase $= \frac{5 \times 100}{30} = 16,7\ \%$

- De alte cauze $= \frac{4 \times 100}{30} = 13,3\ \%$

Concluzie: În raionul „C", în anul de dare de seamă, situația demografică este următoarea:

– Rata natalității 15,6‰ este la nivelul mediu (15,0–25,0 ‰) și, comparativ cu anul precedent, a scăzut cu 4,4‰.

– Rata mortalității generale 11,8‰ este la nivelul mediu (9,0–15,0 ‰) și, comparativ cu anul precedent, s-a mărit cu 0,8‰.

– Situaţia agravată este dovedită prin rezultatele analizei ratelor mortalităţii infantile, care s-a mărit în anul precedent cu 5,2‰ (25,0 ‰ şi 19,8‰).

– În structura mortalităţii infantile locul I îl ocupă anomaliile congenitale (26,7%), locul II – bolile caracteristice nou-născuţilor (23,3%) şi locul III – pneumoniile (20,0%). Structura analogică s-a determinat şi pentru toată republica.

Varianta 1

Situaţia demografică a raionului „**A**" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – *72,7* mii oameni;
- s-au născut vii – *1450;*
- au decedat – *916*, din ei;
- au decedat copii până la 1 an – 29.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – *1450;*
- morţi – *6;*
- au decedat în prima săptămână – *19.*

Între cei decedaţi până la 1 an (29) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuţilor –*7;*
- de anomalii congenitale – *6;*
- de pneumonie – *8;*
- de boli infecţioase – *5;*
- alte cauze – *3;*
- au imigrat – *50;*
- au emigrat – 260.

În raionul „A" în anul precedent s-au înregistrat următorii indici demografici (la 1000 de populaţie):

- rata natalităţii – *21,0;*
- rata mortalităţii – *12,0;*
- rata sporului natural – *9,0;*
- rata mortalităţii infantile – *22,2;*
- rata mortalităţii perinatale – *21,3;*
- rata imigrării – 3,2;
- rata emigrării – 4,1.

Varianta 2

Situaţia demografică a raionului „B" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – 51,5 mii oameni;
- s-au născut vii – 705;
- au decedat – 28, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 21.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 705;
- morţi – 7;
- au decedat în prima săptămână – *11.*

Între cei decedaţi până la 1 an (26) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuţilor –*7;*
- de anomalii congenitale – *6;*
- de pneumonie – *8;*
- de boli infecţioase – 4;
- alte cauze – 1;
- au imigrat – *450;*
- au emigrat – 810.

În raionul „B" în anul precedent au fost înregistraţi următorii indici demografici (la 1000 de populaţie):

- rata natalităţii – 14,*0;*
- rata mortalităţii – 10,4;
- rata sporului natural – 3,6;
- rata mortalităţii infantile – *21,3;*
- rata mortalităţii perinatale – 19,5;
- rata imigrării – 6,0;
- rata emigrării – 3,4.

Varianta 3

Situaţia demografică a raionului „C" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – 65,1 mii oameni;
- s-au născut – 1380;

- au decedat – 650, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 45.

În centrul perinatal s-au născut:

- morți – 10;
- au decedat în prima săptămână – 19.

Între cei decedați până la 1 an (45) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților – 12;
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 13;
- de boli infecțioase – 8;
- alte cauze – 4;
- au imigrat – 610;
- au emigrat – 480.

În raionul **C** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 22,5;
- rata mortalității – 9,7;
- rata sporului natural – 12,8;
- rata mortalității infantile – 24,8;
- rata mortalității perinatale – 17,1;
- rata imigrării – 1,1;
- rata emigrării – 13,9.

Varianta 4

Situația demografică a raionului **„D"** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 96,5 mii oameni;
- s-au născut vii – 1997;
- au decedat – 1051, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 41.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1997;
- morți – 9;
- au decedat în prima săptămână – 20.

Între cei decedați până la 1 an (41) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –11;
- de anomalii congenitale – 9;
- de pneumonie – 13;
- de boli infecțioase – 6;
- alte cauze – 2;
- au imigrat – 1400;
- au emigrat – 1150.

În raionul „D" în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 populație):

- rata natalității – 21,4;
- rata mortalității – 9,7;
- rata sporului natural – 11,7;
- rata mortalității infantile – 22,6;
- rata mortalității perinatale – 17,6;
- rata imigrării – 1,4;
- rata emigrării – 13,1.

Varianta 5

Situația demografică a raionului „R" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 83,3 mii oameni;
- s-au născut vii – 1516;
- au decedat – 833, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 30.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1616;
- morți – 8;
- au decedat în prima săptămână – 12.

Între cei decedați până la 1 an (30) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –9;
- de anomalii congenitale – 6;
- de pneumonie – 8;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze – 2.

- au imigrat – 170;
- au emigrat – 210.

În raionul „R" în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 18,0;
- rata mortalității – 9,5;
- rata sporului natural – 8,5;
- rata mortalității infantile – 20,9 ;
- rata mortalității perinatale – 16,6;
- rata imigrării – 0,9;
- rata emigrării – 7,6.

Varianta 6

Situația demografică a raionului „F" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 96,8 mii oameni;
- s-au născut vii – 1868;
- au decedat – 937, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 42.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1868;
- morți – 5;
- au decedat în prima săptămână – 21.

Între cei decedați până la 1 an (42) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților – 12;
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 11;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze –5;
- au imigrat – 105;
- au emigrat – 123.

În raionul „F" în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 18,9;
- rata mortalității – 10,4;

- rata sporului natural – 8,5;
- rata mortalității infantile – 23,8;
- rata mortalității perinatale – 15,7;
- rata imigrării – 1,3;
- rata emigrării – 7,2.

Varianta 7

Situația demografică a raionului „O" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 100,7 mii oameni;
- s-au născut vii – 1862;
- au decedat – 965, din ei;
- au decedat copii până la 1 an – 40.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1862;
- morți – 4;
- au decedat în prima săptămână – 12.

Între cei decedați până la 1 an (40) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –13;
- de anomalii congenitale – 9;
- de pneumonie – 11;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze – 2;
- au imigrat – 3100;
- au emigrat – 2050.

În raionul „O" în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 19,8;
- rata mortalității – 10,0;
- rata sporului natural – 9,8;
- rata mortalității infantile – 20,2;
- rata mortalității perinatale – 22,7;
- rata imigrării – 8,3;
- rata emigrării – 18,1.

Varianta 8

Situaţia demografică a raionului „U" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – 83,3 mii oameni;
- s-au născut vii – 1865;
- au decedat – 882, din ei;
- au decedat copii până la 1 an – 45;

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1865;
- morţi – 5;
- au decedat în prima săptămână – 16.

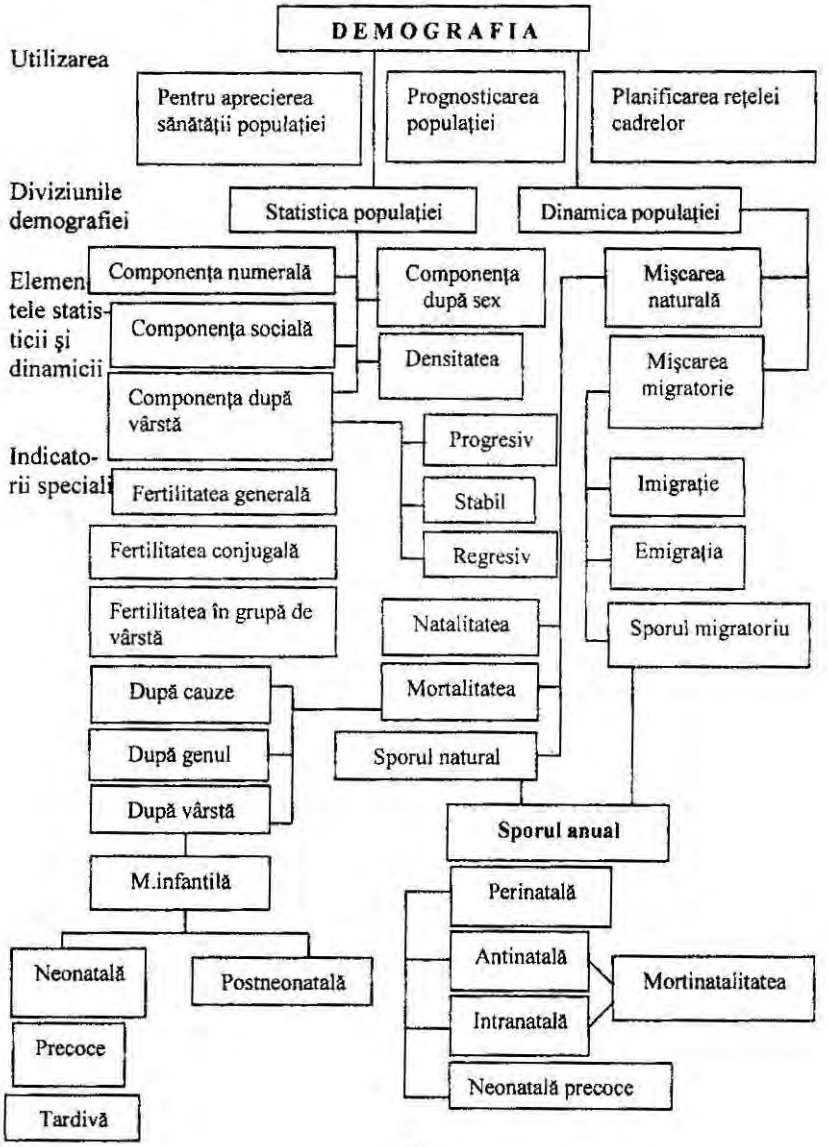
Între cei decedaţi până la 1 an (78) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuţilor –16;
- de anomalii congenitale – 13;
- de pneumonie – 18;
- de boli infecţioase – 5;
- alte cauze – 3;
- au imigrat – 2900;
- au emigrat – 900.

În raionul „U" în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populaţie):

- rata natalităţii – 21,7;
- rata mortalităţii – 9,9;
- rata sporului natural – 10,8;
- rata mortalităţii infantile – 52,5;
- rata mortalităţii perinatale – 12,4;
- rata imigrării– 80,0;
- rata emigrării –18,8.

Tema: DEMOGRAFIA MEDICALĂ



Tema: MORBIDITATEA POPULAŢIEI

Scopul lecţiei practice: a însuşi metodele de cercetare şi analiză a morbidităţii populaţiei necesare pentru evaluarea parţială a stării sănătăţii populaţiei şi eficacităţii profilaxiei factorilor de risc al maladiilor.

Argumentarea scopului

Analiza stării de sănătate a populaţiei necesită periodic un studiu profund al morbidităţii.

Observările statistice asupra schimbării nivelului şi structurii morbidităţii populaţiei dau posibilitatea de a urmări caracterul stării sănătăţii populaţiei, de a identifica şi înlătura la timp şi operativ factorii de risc ce acţionează negativ asupra sănătăţii.

Rezultatele studierii multilaterale a morbidităţii determină previziunea tendinţelor în vederea unei profilaxii eficiente şi servesc drept bază pentru planificarea corectă a resurselor umane, materiale şi financiare, contribuind la optimizarea eficacităţii serviciilor sanitaro-epidemice etc.

Medicii-practicieni în activitatea lor trebuie să cunoască profund şi permanent să analizeze morbiditatea populaţiei. De aceea însuşirea sarcinilor instructiv-didactice ale deprinderilor practice în acest domeniu este necesară fiecărui absolvent.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea şi însuşirea metodelor de cercetare a morbidităţii populaţiei şi factorilor determinanţi.
2. Utilizarea metodelor contemporane în cercetarea morbidităţii populaţiei.
3. Utilizarea documentelor de evidenţă statistică pentru studierea morbidităţii populaţiei şi depistarea factorilor de risc.
4. Aplicarea metodelor de estimare a indicilor morbidităţii populaţiei.

Întrebări pentru autocontrol

1. Morbiditatea drept criteriu de evaluare parțială a sănătății populației. Definiția conceptuală.
2. Definiții ale noțiunilor de incidență, prevalență și afecțiune patologică.
3. Scopurile studierii morbidității.
4. Rolul evidenței statistice corecte în studiul morbidității.
5. Metodele și sursele studierii morbidității generale.
6. Ordinea de completare a fișei statistice.
7. Metodica, sursele și periodicitatea studierii morbidității epidemice.
8. Ordinea completării fișei „Declarație urgentă despre boala contagioasă, otrăvirea profesională ori alimentară acută sau reacție neobișnuită la vaccină".
9. Metodica, sursele și periodicitatea studierii morbidității neepidemice.
10. Metodica, sursele și periodicitatea studierii morbidității cu incapacitatea temporară de muncă.
11. Ordinea de completare a certificatului de concediu medical.
12. Darea de seamă despre incapacitatea temporară de muncă. Indicii. Metoda lor de calculare.
13. Metodica, sursele, periodicitatea studierii indicilor morbidității spitalicești.
14. Examinările medicale periodice, complexe și de scop ale populației.
15. Morbiditatea copiilor din mediul rural. Metoda și sursele pentru studierea morbidității prin datele examenului medical.
16. Morbiditatea în baza cazurilor deceselor.
17. Regulile de completare a „Certificatului de moarte".
18. Particularitățile morbidității după vârstă, sex, reședință.
19. Clasificarea internațională a maladiilor.
20. Aspectele de bază ale profilaxiei morbidității.

Deprinderi practice

A însuşi:

1. Tehnologia elaborării şi completării documentelor statistice, folosite la studierea morbidităţii populaţiei.
2. Metoda organizării şi efectuării cercetării morbidităţii populaţiei.
3. Metodologia calculării, analizei şi evaluării indicilor morbidităţii populaţiei.
4. Metodologia argumentării concluziilor şi propunerilor necesare pentru diminuarea nivelului morbidităţii şi ameliorarea sănătăţii populaţiei.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective, e necesar a efectua:

1. Calcularea indicilor ce determină nivelurile (rata) morbidităţii (incidenţă şi prevalenţă) pe anul precedent.

2. Determinarea structurii morbidităţii populaţiei.

3. Calcularea indicilor morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe anul curent.

4. Analiza rezultatelor obţinute, comparându-le cu datele indicate în anexă.

5. Formularea concluziilor respective.

Exemplu de rezolvare a problemei:

În raionul „Z", cu populaţia de 78000 de oameni, au fost înregistrate în anul precedent 82 000 maladii, dintre care:

Pentru prima dată – 57070 , inclusiv:

- tumori maligne – 450 cazuri;
- boala ischemică – 620 cazuri;
- boala ulceroasă – 2000 cazuri;
- alte boli – 54 000 cazuri.

Total – 57070 cazuri.

Varianta 2

În raionul „N" cu populaţia 75 mii oameni au fost înregistrate în anul precedent 80 mii de îmbolnăviri, dintre care înregistrate pentru prima dată – 55 mii, inclusiv:

- malformaţii maligne – 400 cazuri;
- boala hipertonică – 600 cazuri;
- boala ulceroasă – 1,5 mii cazuri;
- alte boli – 52,5 mii cazuri.

Total – 55 mii cazuri

La fabrica de mobilă lucrători – 2,5 mii; la ei au fost înregistrate 3 mii cazuri şi 25 mii zile cu incapacitate temporară de muncă.

Varianta 3

În raionul „B" cu o populaţie de 52 mii oameni au fost înregistrate în anul precedent 48 mii cazuri de boli ale pielii, dintre care depistate prima dată în viaţă – 4105 cazuri, inclusiv:

- dermatite de contact – 800 cazuri;
- furunculi şi carbunculi – 900 cazuri;
- flegmone şi abcese – 405 cazuri;
- alte boli – 2000 cazuri.

Total – 4105 cazuri

La fabrica de confecţii a oraşului „B" muncesc 950 lucrători, printre ei au fost înregistrate 1110 cazuri şi 8100 zile cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.

Varianta 4

În raionul „N" cu populaţia de 60 mii oameni în anul de gestiune au fost înregistrate traume – 7100 cazuri, din care 6500 cazuri depistate pentru prima dată în viaţă, inclusiv:

- fracturi – 1650 cazuri;
- luxaţii – 3100 cazuri;
- combustii – 350 cazuri;
- alte traume – 1400 cazuri.

Total – 6500 cazuri

La fabrica de cherestea activează 2550 lucrători, printre ei au fost înregistrate 3700 cazuri şi 35100 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 5

În raionul „L" cu populaţia de 150 mii oameni, după un an de gestiune, au fost înregistrate 52.500 boli, dintre care 50700 depistate pentru prima dată în viaţă, inclusiv:

- gripă – 35000;
- anghină foliculară – 10000;
- bronşită acută şi cronică – 4000;
- alte boli – 1700.

Total – 50700

În asociaţia „Universal" a aceluiaşi raion activau 4800 lucrători, la care au fost depistate 45 mii cazuri şi 52300 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 6

În oraşul „A", cu o populaţie de 550 mii oameni, în anul precedent au fost înregistrate 6100 boli ale tractului gastro-intestinal. Dintre ele pentru prima dată în viaţă au fost depistate – 1300 cazuri inclusiv:

- ulcer stomacal – 120;
- colecistită – 700;
- gastrită hiperacidă – 300;
- alte boli – 180.

Total – 1300 cazuri

La uzina de utilaj alimentar a acelui oraş muncesc 5000 de lucrători, la ei au fost înregistrate 6100 cazuri de afecţiuni şi 51400 de zile cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.

Varianta 7

În raionul „P", cu populația de 80 mii oameni, în anul de gestiune au fost înregistrate 450 cazuri cancer, din care 160 depistate pentru prima dată în viață, inclusiv:

- cancer al organelor urinare – 50 cazuri;
- cancer la plămâni – 85 cazuri;
- alte localizării – 25 cazuri.

Total – 160 cazuri

La fabrica de jucării din raionul P muncesc 2200 lucrători, la care au fost înregistrate 3400 cazuri de boli și 2500 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 8

În orașul „D", cu populația de 180 mii de oameni, în anul de gestiune au fost înregistrate 10500 cazuri boli ale sistemului nervos, dintre care 5100 depistate prima dată în anul curent, inclusiv:

- radiculita limbo-sacrală – 2500 cazuri;
- afecțiuni ale sistemului nervos central – 1400 cazuri;
- afecțiuni ale sistemului nervos periferic – 900 cazuri;
- alte boli – 300 cazuri.

Total – 5100 cazuri

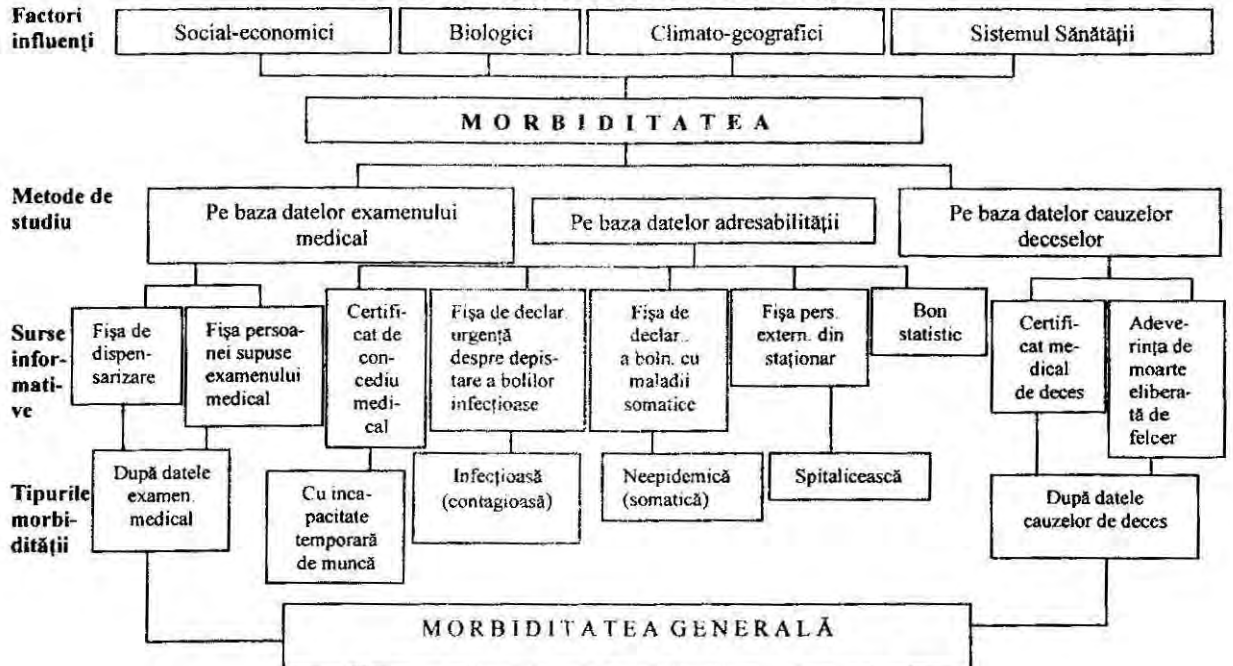
La fabrica raională de confecții de bumbac muncesc 2400 lucrători. La ei au fost înregistrate 3700 cazuri de boli și 27 mii zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Nivelul indicilor incidenței și prevalenței la 10 000 populație din RM (după adresabilitate)

Nr.	Denumirea nozologiilor	Nivelul indicilor
1	Maladiile organelor respiratorii	1119,2
2	Neostructurile maligne	16,8
3	Dermatitele de contact	160,1
4	Gripa	390,0
5	Traumatismele	409,9
6	Ulcerul stomacal	13,8
7	Neostructuri ale organelor digestive	3,7
8	Radiculita limbo-sacrală	15,5
9	Incidența generală	3523,3
10	Prevalența generală	6338,9
11	Numărul cazurilor cu pierderea temporară a capacității de muncă la (100 lucrători)	65
12	Numărul zilelor cu incapacitate temporară de muncă (la 100 lucrători)	700
13	Durata medie a unui caz al incapacității temporare de muncă	10,8

Structura logică

Tema: MORBIDITATEA POPULAȚIEI



Tema: EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAŢIEI. PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

Scopul lecţiei practice: elaborarea măsurilor argumentate, orientate spre ameliorarea calităţii vieţii, asigurării accesului populaţiei la servicii de sănătate, formarea modului sănătos de viaţă (MSO) prin educaţia pentru sănătate (EPS) a populaţiei. Analiza şi evaluarea indicilor sănătăţii populaţiei.

Argumentarea scopului

Formarea modului sănătos de viaţă reprezintă o parte imprescriptivă a ocrotirii sănătăţii şi constituie un compartiment important al activităţii tuturor instituţiilor curativo-profilactice, sanitaro-epidemiologice, instituţiilor de cercetări ştiinţifice, învăţământului medical mediu şi superior, ce constituie datoria tuturor lucrătorilor medicali.

Lucrătorii medicali, folosind pe larg propagarea MOS ca mijloc pentru diminuarea nivelului morbidităţii, traumatismului şi mortalităţii populaţiei, pentru ameliorarea stării sanitaro-epidemiologice, popularizarea cunoştinţelor igienice, a realizărilor ştiinţei medicale, propagarea odihnei, alimentaţiei raţionale, culturii fizice şi sportului, contribuie la majorarea nivelului calităţii vieţii, la menţinerea şi consolidarea sănătăţii populaţiei.

De aceea însuşirea principiilor de bază, a metodelor şi mijloacelor utilizate în educaţia pentru sănătate a populaţiei prin formarea MOS este obligatorie pentru fiecare absolvent al USMF „N. Testemiţanu".

Sarcini instructiv-didactice

1. Selecţionarea argumentată a tematicii, literaturii pentru pregătirea prelegerilor, raporturilor, referatelor etc. pe tema respectivă.
2. Determinarea cerinţelor pentru alcătuirea planului-conspect al prelegerii, raportului, referatului, placardei, convorbirii etc.

3. Selectarea principiilor, metodelor şi surselor necesare pentru utilizare în procesul EPS.

4. Determinarea normelor prioritare şi priorităţilor programului MSV şi factorilor de risc al sănătăţii.

5. Elaborarea măsurilor argumentate pentru realizarea scopurilor în sec. XXI a programului „Sănătate pentru toţi".

Întrebări pentru autocontrol

1. Definiţia educaţiei pentru sănătate. Scopurile şi sarcinile.
2. Enumeraţi principiile de bază ale serviciului educaţiei pentru sănătate în Republica Moldova.
3. Structura organizatorică a serviciului EPS din Republica Moldova.
4. Enumeraţi metodele folosite în educaţia pentru sănătate şi formare a modului sănătos de viaţă.
5. Ce mijloace se referă la metoda propagării orale?
6. Ce mijloace se referă la metoda propagării prin editare?
7. Ce surse folosim la metoda propagării ilustrative?
8. Caracteristica obiectivului de bază al educaţiei pentru sănătate.
9. Caracteristica funcţiilor sanogenice şi preventive ale EPS.
10. Cerinţele pentru alcătuirea conspectului unei prelegeri, raport, referat.
11. De ce depinde alegerea temei unei prelegeri (convorbiri), raport, referat?
12. Structura prelegerii.
13. Definiţia (sensul) modului obişnuit şi modului sănătos de viaţă.
14. Caracterizaţi aspectele metodologice ale modului obişnuit de viaţă.
15. Sanologia ca bază ştiinţifică a profilaxiei.
16. Caracteristica tipurilor (felurilor) profilaxiei.
17. Factorii sănătăţii şi factorii de risc ai sănătăţii.
18. Normele prioritare ale formării modului sănătos de viaţă.
19. Rolul colectivelor medicale în promovarea MSV.
20. Consecinţele negative ale modului nesănătos de viaţă.

Deprinderi practice

1. A aplica în practică metodele şi sursele utilizate în EPS.
2. A cunoaşte regulile selectării literaturii necesare şi cerinţele pentru alcătuirea practică a unei prelegeri, referat etc.
3. A selecta sursele necesare şi a elabora un plan real de EPS.
4. Recenzarea şi discutarea publică a textelor materialelor elaborate pentru EPS.

Sarcini pentru studiul individual

Fiecare student, orientându-se după anexele 2, 3, 4, 5, urmează să alcătuiască planul-conspect al prelegerii pentru una din temele expuse mai jos (anexa 1).

Lecţia practică se desfăşoară în formă de şedinţă a grupului de lectori, unde pedagogul şi 2 studenţi-recenzenţi aprobă prelegerea (tema, planul şi textul) pentru prezentarea ei în faţa populaţiei.

Lista temelor pentru prelegeri la promovarea MSV:

1. Bolile cardiovasculare şi profilaxia lor.
2. Reumatismul şi profilaxia lui.
3. Bolile helmintice şi profilaxia lor.
4. Tuberculoza şi profilaxia ei.
5. Profilaxia bolilor infecţioase la copii.
6. Bazele alimentării raţionale.
7. Profilaxia infecţiilor intestinale la copii.
8. Rahitismul şi profilaxia lui.
9. Vitaminele şi însemnătatea lor pentru organism.
10. Îngrijirea şi educarea copilului.
11. Pielea omului şi îngrijirea ei.
12. Igiena gravidei.
13. Dauna avortului.
14. Alcoolismul şi consecinţele lui negative.
15. Narcomania şi toxicomania.
16. SIDA – ciuma secolului XX.
17. Fumatul şi dauna lui asupra sănătăţii.
18. Dinţii sănătoşi şi îngrijirea lor.
19. Traumatismul copiilor şi profilaxia lui.
20. Relaţiile dintre bolnav şi lucrătorul medical.
21. Dauna autotratamentului.
22. Cum să păstrăm sănătatea până la adânci bătrâneţe.
23. Medicina, superstiţia şi vrăjitoria.
24. Profilaxia otrăvirilor cu substanţe chimicale, utilizate în agricultură.
25. Profilaxia cancerului.
26. Profilaxia traumatismului agricol.
27. Profilaxia bolilor venerice.
28. Profilaxia bolilor infecţioase la adulţi.
29. Profilaxia toxicoinfecţiilor alimentare.
30. Profilaxia cirozelor.
31. Profilaxia diabetului zaharat.

32. Profilaxia hepatitei virale „A".
33. Modul sănătos de viaţă – baza profilaxiei.
34. Cultura fizică şi călirea.
35. Profilaxia pneumoniei nespecifice.

Anexa nr. 2

Cerinţe pentru alcătuirea planului-conspect al prelegerii

Planul include întrebările expuse în prelegere într-o ordine logică. La alcătuirea lui e necesară consultaţia lectorilor cu experienţă, a lucrătorilor serviciului formării MOS şi, după posibilitate, să fie luată în considerare starea sănătăţii populaţiei. Lipsa planului se soldează cu mari erori chiar şi pentru lectorii cu experienţă.

Conspectul serveşte ca îndrumar pentru lector. Se alcătuieşte ca un plan amănunţit, completat cu diferite materiale.

Conspectul răspunde la întrebările ce constituie părţile componente ale planului: compartimente, capitole, paragrafe.

Regulile de alcătuire a conspectului sunt următoarele:

1. Conspectul se scrie pe foi aparte, numerotate şi nu în caiet.
2. Foile nu trebuie să fie mari.
3. Foaia trebuie să fie scrisă numai pe o parte, lăsându-se câmp în partea stângă.
4. Fiecare idee nouă în conspect începe din rând nou.
5. Părţile principale ale conspectului se numerotează cu cifre, cele de importanţă secundară – cu litere.
6. Conspectul trebuie să fie scris descifrabil.
7. Ideile mai importante în conspect se evidenţiază cu creion colorat, se iau în ramă sau se apelează la alte metode.
8. Materialul concret (cifre, citate) este inclus în conspect, la care se face trimitere: vezi anexa, manualul, rândul, pagina etc.
9. În cazul folosirii materialelor ilustrative, în conspect trebuie să fie indicat locul demonstrării lor.
10. La sfârşitul conspectului este indicată lista literaturii folosite.

Anexa nr.3

Cerințe pentru alcătuirea prelegerii

Fiecare prelegere constă din trei părți: introducere, expunerea propriu-zisă, concluzii și propuneri practice.

1. Introducerea are drept scop a informa ascultătorii în vederea alcătuirii temei prezentate,de a trezi interesul față de ea.
2. Expunerea propriu-zisă include materialul concret nou, selectat din datele cele mai recente și importante izvoare științifice, metodice și practice.
   Expunerea materialului trebuie să fie logică, accesibilă, subliniind, în special, măsurile profilactice.
3. În concluzie, se face o totalizare a materialului expus în prelegere, care trebuie să fie concisă, accesibilă și, după posibilități, emoțională.
4. Propunerile includ măsuri concrete, orientate spre profilaxia maladiilor și prevenirea factorilor de risc.

Anexa nr. 4

Cerințe pentru alcătuirea unui raport, referat

1. Determinarea temei raportului și scopului.
2. Evidența componenței ascultătorilor.
3. Selecționarea literaturii și materialului pentru discurs:

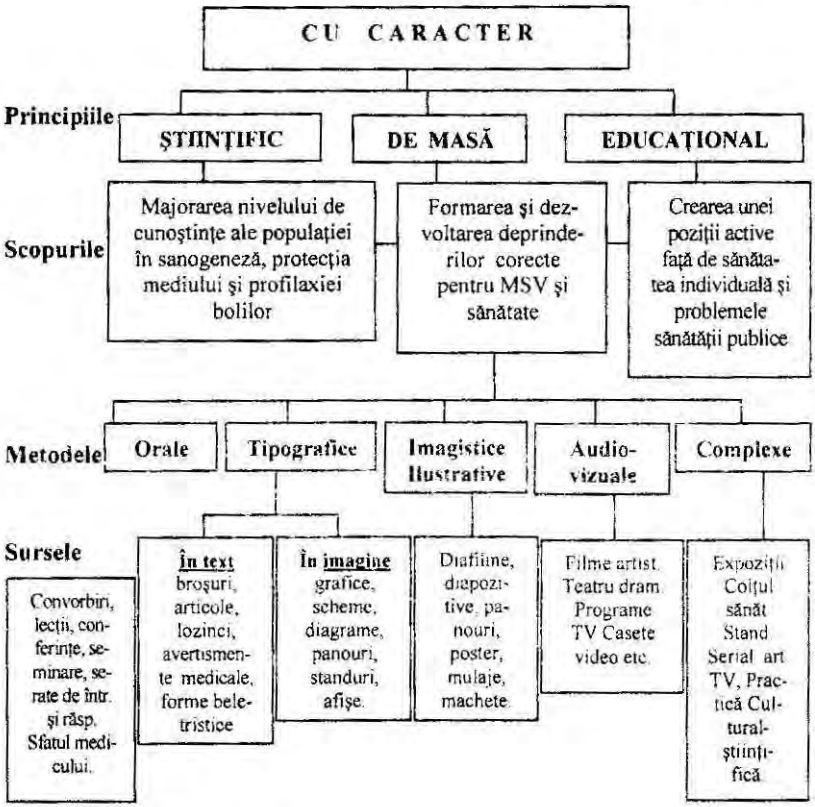
a) literatura metodică;
b) literatura specială, științifică, medicală;
c) literatura populară;
d) materiale din ziare;
e) literatura artistică;
f) cazuri din viața și practica medicală;
g) materiale ilustrative (diagrame, tabele, placarde, transparante, machete, filme, mulaje etc.).

Anexa nr. 5

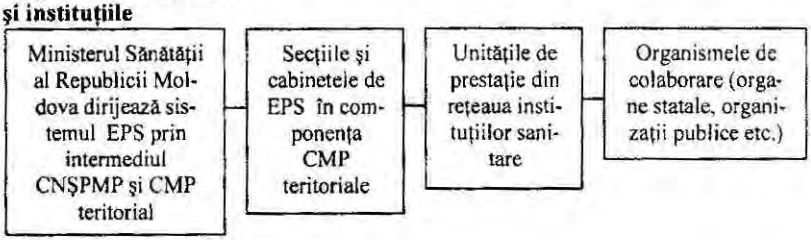
Componentele recenzării unei prelegeri

1. Actualitatea temei.
2. Direcţia ştiinţifică.
3. Importanţa practică.
4. Direcţia profilactică.
5. Caracterul concret şi conţinutul materialului ilustrativ.
6. Limba şi stilul expunerii materialului, în funcţie de componenţa ascultătorilor.
7. Accesibilitatea şi gradul de informare a datelor.

Tema: EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE (EPS) A POPULAȚIEI. PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAȚĂ (MSV)



Organele de conducere și instituțiile



B. PLANUL TEMATIC
al prelegerilor şi lecţiilor practice la Medicina Socială

Tematica prelegerilor

Nr. crt.	Denumirea temelor
1	Medicina socială ca ştiinţă şi obiect de studiu. Metodele contemporane ale Sănătăţii populaţiei
2	Politica naţională a sănătăţii în R.M (Analiza proceselor demografice ale populaţiei în R.M.)
3	Politica naţională a sănătăţii RM (Analiza indicilor morbidităţii).
4	Modul sănătos de viaţă – baza profilaxiei. Educaţia pentru sănătate.
5	Bolile cardiovasculare ca problemă medico-socială.
6	Tuberculoza şi bolile aparatului respirator ca probleme medico-sociale.
7	Tumorile maligne şi traumatismele ca problemă medico-socială.
8	Maladiile neuro-psihice, alcoolismul, narcomania, toxicomania ca probleme medico-sociale.
9	Planificarea familială, avortul şi mortalitatea infantilă ca probleme medico-sociale.
10	Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Medicina socială.

Tematica lecţiilor practice

1	Medicina socială ca ştiinţă şi obiect de studiu.
2	Biostatistica şi însemnătatea ei în evaluarea sănătăţii populaţiei.
3	Seriile variabile. Valorile medii şi aprecierea exactităţii lor.
4	Reprezentarea grafică a valorilor relative şi medii.
5	Metoda directă de standardizare.
6	Seriile cronologice (dinamice).
7	Analiza de corelaţie.
8	Analiza regresiei.
9	Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Medicina socială.
10	Etapele studiului statistic.
11	Demografia medicală.
12	Morbiditatea populaţiei.
13	Educaţia pentru sănătate. Promovarea modului sănătos de viaţă.

C. INDICATORII PENTRU EVALUAREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI RM

Demografia în R.M.

+Efectivul anual al populației total
+Născuți vii, total la 1000 populație
Născuți vii, total greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, bărbați greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, femei greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, greutatea 500+ (abs)
+Mortalitatea la 1000 locuitori
+Spor natural la 1000 populație
+Fertilitatea totală

Mortalitatea populației R.M.

+Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii, total
Indicii mortalității infantile: unele afecțiuni ale perioadei perinatale la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile aparatului respirator la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: malformații congenitale la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: traume și otrăviri la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile infecțioase și parazitare la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile sistemului nervos la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: diverse la 1000 născuți vii
+Mortalitatea perinatală la 1000 născuți (greut. 1000+)
+Mortalitatea neonatală precoce la 1000 născuți vii (gr.1000+)
Mortinatalitatea la 1000 născuți (gr. 1000+)
Mortalitatea maternă după locul de trai, toate cauzele la 100 mii născuți vii
Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct-total la 100 mii născuți vii

Mortalitatea maternă prin complicaţiile sarcinii, naşterii, lăuziei la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin avorturi la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin risc obstetrical indirect la 100 mii născuţi vii
+Structura mortalităţii: toate cauzele (100%)
Structura mortalităţii: bolile infectioase şi parazitare(%)
Structura mortalităţii: inclusiv Hepatita virală cronică
Structura mortalităţii: tumori (%)
Structura mortalităţii: inclusiv tumori maligne (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului circulator (%)
Structura mortalităţii: inclusiv infarctul miocardic acut (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului respirator (%)
Structura mortalităţii: inclusiv pneumonia (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului digestiv (%)
Structura mortalităţii: inclusiv hepatita cronică şi ciroza ficat(%)
Structura mortalităţii: bolile sistemului nervos (%)
Structura mortalităţii: anomalii congenitale (%)
Structura mortalităţii: traume si otrăviri (%)
Structura mortalităţii: inclusiv accidente de transport (%)
Structura mortalităţii: biverse (%)
Structura mortalităţii: inclusiv simptome şi stări rău definite (%)
+Indicii mortalităţii: toate cauzele la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile infecţioase la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Hepatita virală cronica la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: tumori la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Tumori maligne la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile aparatului circulator la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv infarct miocardic acut la 100000
Indicii mortalităţii: bolile aparatului respirator la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Pneumonia la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile aparatului digestiv la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: Inclusiv Hepatită Cronica şi ciroza hepatică la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile sistemului nervos la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: malformaţii congenitale la 100000 locuitori

Indicii mortalităţii: traume şi otrăviri la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv accidente de transport la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: diverse la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv simptome şi stări rău definite la 100000 locuitori

Morbiditatea populaţiei R.M.

+Incidenţa tuberculozei la 100000 de locuitori
Incidenţa tuberculozei aparatului respirator la 100000 de locuitori
+Prevalenţa tuberculozei la 100000 de locuitori
Prevalenţa tuberculozei aparatului respirator la 100000 de locuitori
Mortalitatea de tuberculoză de toate formele la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei virale – total la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei "A" la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei virale "B" la 100000 de locuitori
+Incidenţa sifilisului la 100000 de locuitori
+Incidenţa gonoreei la 100000 de locuitori
Numărul de cazuri noi de gonoree
+Incidenţa rujeolei la 100000 de locuitori
+Incidenţa difteriei la 100000 de locuitori
+Incidenţa tetanosului la 100000 de locuitori
+Incidenţa poliomielitei acute la 100000 de locuitori
+Incidenţa bolilor infecţioase intestinale acute la 100000 de locuitori
Incidenţa dizenteriei bacteriale la 100000 de locuitori
Incidenţa enteritei, a colitei de agenţi determinaţi la 100000 de locuitori
+Incidenţa SIDA la 100000 de locuitori
+Incidenţa infecţiei cu HIV la 100000 de locuitori
Numărul de cazuri noi ale infecţiei cu HIV
Numărul de cazuri cumulative ale infecţiei cu HIV
+Incidenţa generală la 10000 locuitori
Numărul de cazuri noi de maladii
+Prevalenţa generală la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii, total
+Incidenţa adulţi şi adolescenţi la 10000 de locuitori

Numărul de cazuri noi maladii adulţi şi adolescenţi
+Prevalenţa adulţi şi adolescenţi la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii total adulţi şi adolescenţi
+Incidenţa copii 0–14 ani la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri noi de maladii la copii 0–14 ani
+Prevalenţa copii 0–14 ani la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii total la copii 0–14 ani
+Prevalenţa bolilor aparatului respirator la 10000 de locuitori
Incidenţa hepatitei cronice şi cirozei hepatice la 10000 de locuitori
+Incidenţa bolilor aparatului genito-urinar la 10000 de locuitori
+Prevalenţa bolilor aparatului genito-urinar la 10000 de locuitori
+Incidenţa bolilor aparatului circulator la 10000 de locuitori
Incidenţa maladiei hipertensive la 10000 de locuitori
Incidenţa maladiei ischemice a inimii la 10000 de locuitori
Incidenţa maladiei cerebrovasculare la 10000 de locuitori
+Prevalenţa bolilor aparatului circulator la 10000 de locuitori
+Incidenţa traumei şi otrăvirilor la 100000 de locuitori
Incidenţa traumei la 100000 de locuitori
Incidenţa artritei reumatoide şi poliartropatiilor inflamatorii la 10000 de locuitori
+Incidenţa bolilor sistemului nervos la 10000 de locuitori
+Prevalenţa bolilor sistemului nervos la 10000 de locuitori
+Incidenţa tumorii maligne la 100000 de locuitori
+Prevalenţa tumorii maligne la 100000 de locuitori
+Incidenţa cancerului glandei mamare la 100000 de locuitori
Prevalenţa cancerului glandei mamare la 100000 de locuitori
Incidenţa diabetului zaharat insulino-dependent la 10000 de locuitori
+Prevalenţa diabetului zaharat la 10000 de locuitori
+Incidenţa maladiilor psihice la 100000 de locuitori
+Prevalenţa maladiilor psihice la 10000 de locuitori
+Incidenţa alcoolismului şi psihozei alcoolice 100000 de locuitori
+Prevalenţa alcoolismului şi psihozei alcoolice la 100000 de locuitori
+Incidenţa narcomaniei la 10000 de locuitori
+Prevalenţa narcomaniei la 10000 de locuitori

D. DOCUMENTE LEGISLATIVE

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

PROGRAMUL NAȚIONAL
DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE A POPULAȚIEI ȘI PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAȚĂ

Chișinău – 2004

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂRE
nr. 1000 din 28 septembrie 1998
Chişinău

Cu privire la Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă

Întru executarea Legii ocrotirii sănătăţii nr.411–XIII din 28 martie 1995 şi Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei nr. 1513 – XII din 16 iunie 1993 şi luând în considerare importanţa educaţiei pentru sănătate, promovării modului sănătos de viaţă in prevenirea bolilor infecţioase şi neinfecţioase, fortificarea sănătăţii populaţiei şi prelungirea duratei de viaţă activă şi creatoare, Guvernul Republicii Moldova HOTĂRĂŞTE:

1. Se aprobă:

– Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă (anexa nr. 1);

– componenţa Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă (anexa nr. 2);

– Regulamentul Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă (anexa nr. 3);

2. Se autorizează Ministerul Sănătății să înfăptuiască coordonarea măsurilor privind elaborarea acestor normative pentru realizarea programului în cauză şi să prezinte, în caz de necesitate, propuneri în vederea operării modificărilor necesare în program în corespundere cu condiţiile reale din teritorii.

3. Organele administraţiei publice locale, în comun cu Instituţiile medicale, de învăţământ şi alte organizaţii şi cu ajutorul consultativ-metodic al Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă, vor elabora şi aproba programe teritoriale de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi vor asigura realizarea acestora.

4. Ministerele şi departamentele:

- vor asigura îndeplinirea integrală şi oportună a acţiunilor prevăzute în programul nominalizat, elaborând programe tematice concrete, cu participarea pe larg a organizaţiilor nonguvernamenlale şi a populaţiei la realizarea lor;
- la elaborarea planurilor dezvoltării economice şi sociale a ţării vor ţine cont de stipulaţiile programului în cauză, prevăzând mijloacele financiare şi materiale necesare pentru realizarea scopurilor propuse.

5. Finanţarea acţiunilor prevăzute în Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă se va efectua, în limita mijloacelor aprobate în aceste scopuri în devizul de cheltuieli anual, de la bugetul de stat şi bugetele locale.

6. Ministerul Economiei şi Reformelor va prevedea în Comanda de stat tematica ştiinţifică a problemelor de educaţie pentru sănătate.

7. Se recomandă mijloacelor mass-media să reflecte sistematic mersul realizării programului în cauză.

Prim-ministru
al Republicii Moldova **ION CIUBUC**

Anexa nr.1
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 1000 din 28 septembrie 1998

PROGRAMUL NAȚIONAL
de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață

Dezvoltarea și perfecționarea asistenței medicale preventive în sistemul sănătății sunt indispensabil legate de educația pentru sănătate a populației, de promovarea modului sănătos de viață.

Educația pentru sănătate constituie o componentă a educației generale a populației și este o activitate instructiv-educativă cu multiple aspecte, orientată spre cultivarea unui comportament conștient și responsabil al omului în scopul dezvoltării, menținerii și fortificării sănătății, recuperării capacității de muncă și prelungirii duratei de viață activă.

1. ARGUMENTĂRI

Starea sănătății populației este un indice integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale, un factor decisiv de influență asupra potențialului economic, cultural și forței de muncă a societății.

Menținerea și întărirea sănătății este sarcina socială primordială a statului, ce poate fi soluționată numai prin eforturile comune ale organizațiilor de stat și publice, organelor și instituțiilor medicale, prin colaborarea reciprocă, sporirea responsabilității fiecărei părți și cointeresarea reală a fiecărui cetățean în păstrarea sănătății proprii și a sănătății publice.

În ultimul deceniu în republică s-a erijat o situaţie medico-demografică nefavorabilă. Nivelul natalităţii continuă să scadă. Sporul natural al populaţiei în ultimii 10 ani s-a redus cu peste 94%. Durata medie de viaţă constituie 66,8 ani, inclusiv la bărbaţi – 62,9 ani, la femei – 70,4 ani.

Una din tendinţele nefaste este şi creşterea mortalităţii populaţiei în vârstă aptă de muncă. Cauzele principale ale mortalităţii le constituie maladiile sistemului cardiovascular, tumorile maligne, traumele şi accidentele, bolile organelor respiratorii.

La un nivel înalt se menţine mortalitatea infantilă, indicele căreia în 1997 a fost de 19,8 la 1000 născuţi vii.

Analizând tendinţele existente ale dezvoltării medico-demografice, constatăm apariţia unor modificări structurale nefavorabile în componenţa generală de vârstă a populaţiei: numărul copiilor şi adolescenţilor scade, iar cel al persoanelor de vârstă avansată şi inapte de muncă se majorează.

Incidenţa generală în ultimii ani a sporit considerabil şi constituie 39318,0 cazuri la 100 mii populaţie. Sunt răspândite mai frecvent astfel de maladii ca: bolile psihice, endocrine, alergice, tumorile maligne, infarctul miocardic, ulcerul stomacal şi duodenal, afecţiunile ficatului, rinichilor, maladiile organelor respiratorii etc. Astfel., maladiile psihice au atins cifra de 370,0, patologia endocrinologică – 327,0, tumorile maligne – 167,5 cazuri la 100 mii populaţie.

O situaţie alarmantă s-a creat în ceea ce priveşte răspândirea maladiilor social-condiţionate: HIV/SIDA, bolile sexual-transmisibile, alcoolismul, narcomania, tuberculoza etc.

Anumite stări morbide sunt condiţionate de factori precum: poluarea mediului înconjurător, tensionarea neuro-psihologică crescândă, nivelul scăzut al instruirii fizice şi igienice a populaţiei, mai ales a tinerilor, stresul socio-economic, alimentaţia nerațională, deprinderile dăunătoare etc.

Situaţia epidemiologică creată, lipsa de mijloace specifice pentru tratarea maladiei SIDA şi narcomaniei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neinfecţioase necesită intensificarea lucrului de profilaxie şi, în primul rând, a educaţiei pentru sănătate a populaţiei.

Programul național de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață (în continuare – Programul național) prevede o serie de acțiuni orientate spre minimalizarea acțiunii factorilor sus-numiți, ceea ce va conduce la ocrotirea și promovarea sănătății populației.

2. SCOPUL, ACȚIUNILE ȘI REZULTATELE PRECONIZATE

Programul național prevede soluționarea problemei prioritare în domeniul ocrotirii sănătății – menținerea și fortificarea sănătății populației, trasează strategia și tactica perfecționării în continuare a educației pentru sănătate, promovării modului sănătos de viață.

Nivelul înalt de instruire și cultură sanitară a populației se impune ca un imperativ al zilei și prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice și tehnice, care au drept scop: însușirea de către populație a cunoștințelor necesare în domeniul sanogenezei, protecției mediului, igienei individuale, igienei alimentației, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente și alcool, abandonarea drogurilor; cunoașterea și depistarea precoce a principalelor semne de boală; crearea unei poziții active față de sănătatea individuală și colectivă.

Direcțiile principale ale educației pentru sănătate prevăd:

- desfășurarea educației pentru sănătate a familiei, punându-se accentul pe pregătirea copiilor și, îndeosebi, a tinerilor pentru căsătorie și viața de familie; cultivarea unei atitudini corecte față de planificarea familiei; propagarea cunoștințelor cu privire la îngrijirea sănătății femeilor, copiilor și adolescenților;
- îmbunătățirea, extinderea și modernizarea educației pentru sănătate în cadrul grupurilor de copii și tineret, în funcție de particularitățile de vârstă, sex, gen de activitate, în vederea formării și consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat și prevenirii îmbolnăvirilor;
- extinderea și modernizarea educației pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituții de stat și particulare, din asociațiile rurale în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării

integrale a capacității de muncă și stimulării inițiativei personale privind participarea acestora la aplicarea măsurilor de promovare a sănătății;

- intensificarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, punându-se accentul pe bolile sociale (tuberculoza, bolile venerice, SIDA, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.);
- susținerea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educației pentru sănătate în influențarea deprinderilor și comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viață, promovarea unei alimentații raționale, combaterea abuzului de toxice uzuale;
- intensificarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor (mai ales a accidentelor de circulație), la domiciliu și la locul de muncă și instruirea populației în materie de acordare a primului ajutor;
- integrarea educației pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populație;
- propagarea cunoștințelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicațiilor de regim igienico-dietetic, în vederea restabilirii sănătății, capacității de muncă, reabilitării și a unei cât mai bune reintegrări sociale;
- popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale, a noilor metode și mijloace de profilaxie și reabilitare; participarea activă a populației la realizarea reformelor sistemului de asistență medicală;
- considerarea educației pentru sănătate drept cel mai eficient mijloc de promovare a sănătății, mijloc ce are un caracter public, cetățenesc și reprezintă un factor important în ridicarea nivelului general de cultură și civilizație a populației;
- orientarea profilactică a ocrotirii sănătății și a măsurilor de sanogeneză, ca fiind o direcție importantă a educației pentru sănătate, care include dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului și pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii și întăririi organismului și al sporirii duratei medii de viață;

¤ ridicarea responsabilității pentru sănătatea proprie, familială și colectivă – parte integrantă în preocupările ocrotirii sănătății publice.

¤ Soluționarea acestor sarcini este posibilă doar cu condiția că educația pentru sănătate se va manifesta multilateral în viața spirituală și culturală a societății, iar ca mijloace intermediare vor servi literatura, teatrul, cinematografia, televiziunea, presa, radioul, care au menirea de a forma ideologia modului sănătos de viață .și de a prezenta latura frumoasă a sănătății psihice și fizice a omului.

Realizarea măsurilor preconizate în Programul național va asigura obținerea următoarelor rezultate:

¤ executarea prevederilor actelor legislative ale Republicii Moldova la compartimentele protecției muncii și sănătății;

¤ modificarea pozitivă a atitudinii populației față de sănătatea proprie, transformarea cunoștințelor igienice în convingeri și acțiuni concrete și adecvate;

¤ asigurarea asistenței medicale prin acțiuni economic eficiente privind menținerea și fortificarea sănătății populației;

¤ normalizarea și ameliorarea parametrilor dezvoltării fizice a persoanelor angajate în câmpul muncii și a generației tinere;

¤ menținerea și consolidarea rezervei de forță fizică de muncă a populației;

¤ reducerea pagubelor, inclusiv a celor economice și morale, cauzate de îmbolnăviri, pierderi ale capacității de muncă și de invalidități; evitarea decesului prematur; prelungirea duratei de viață activă, creșterea speranței de viață a populației.

3. Acțiuni de realizare a programului național

Nr. crt.	Măsurile	Responsabil de executare	Termen de executare
1	*2*	*3*	*4*

I. MĂSURI ORGANIZATORICE ŞI DE CONSOLIDARE A BAZEI TEHNICO-MATERIALE A SUBDIVIZIUNILOR DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE

1.	Unificarea structurii Serviciului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă; La nivel republican – Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă al Ministerului Sănătăţii; La nivel municipal – secţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa centrelor de medicină preventivă raionale.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
2.	Organizarea cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile curativ-profilactice.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
3.	Organizarea în policlinici a „Cabinetelor copilului sănătos"	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
4.	Asigurarea secţiilor şi cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă cu mijloace tehnice-moderne de informare, inclusiv audiovizuale.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–2000

II. PREGĂTIREA CADRELOR MEDICALE ŞI NEMEDICALE ÎN MATERIA EDUCAŢIEI PENTRU SĂNĂTATE

1.	Perfecţionarea sistemului de pregătire universitară şi postuniverstiară a cadrelor medicale în materia educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii	Permanent
2.	Pregătirea şi perfecţionarea cadrelor didactice pentru predarea valeologiei şi educaţiei pentru sănătate în instituţiile de învăţământ preuniversitar	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–1999

3.	Elaborarea, perfectarea şi implementarea:		
	1) programelor-tip de educaţie pentru sănătate a copiilor de vârstă preşcolară şi a elevilor;	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998– 1999
	2) programului Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, Consiliului Europei şi Comisiei Europei „Reţeaua europeană de şcoli în promovarea sănătăţii" – la nivel naţional;	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
	3) programul unificat de pregătire a părinţilor în educaţia pentru sănătate a generaţiei tinere;	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–1999
	4) programul de pregătire a medicilor în materia educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;	Ministerul Sănătăţii	1998–1999
	5) programul de pregătire a corpului didactic din învăţământ public în materia educaţiei pentru sănătate;	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–1999
	6) programul de pregătire a lucrătorilor din cultură în materia educaţiei pentru sănătate;	Ministerul Culturii Ministerul Sănătăţii	1998–1999
	7) programul-tip de educaţie pentru sănătate a militarilor;	Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Securităţii Naţionale, Ministerul Sănătăţii	1998–1999
	8) programul-tip de educaţie pentru sănătate a lucrătorilor din industrie şi agricultură, cadrelor tehnico-inginereşti şi funcţionarilor;	Ministerul Industriei şi Comerţului, Ministerul Agriculturii şi Industriei Prelucrătoare, Ministerul Sănătăţii	1998–2000
	9) programul-tip de pregătire a diverselor grupuri ale contingentelor stabilite prin decret.	Ministerul Sănătăţii	1998–2000
4.	Pregătirea şi editarea manualelor, ghidurilor „Educaţie pentru sănătate" pentru corpul didactic, elevi, studenţi, populaţie.	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–2000
5.	Asigurarea pregătirii pedagogilor şi lucrătorilor medicali pentru educaţia antialcoolică, antinarcotică, morală şi sexuală, sistematică şi diferenţiată, a	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	Permanent

	elevilor şi tineretului, precum şi în materia de planificare a familiei		
6.	Ridicarea gradului de responsabilitate personală a conducătorilor organizaţiilor şi instituţiilor de stat, cooperatiste şi particulare pentru instruirea igienică şi educaţia pentru sănătate a salariaţilor	Ministerele departamentale, primăriile municipale, comitetele executive raionale	Permanent
7.	Acordarea ajutorului consultativ şi metodico-organizatoric în problemele educaţiei pentru sănătate ministerelor, departamentelor, organizaţiilor obşteşti, antrenate în realizarea Programului naţional.	Ministerul Sănătăţii	Permanent

III. CERCETĂRI ŞTIINŢIFICO-PRACTICE

1.	Efectuarea cercetărilor ştiinţifice în vederea elaborării unor metode avansate de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei.	Permanent
2.	Efectuarea investigaţiilor în domeniul educaţiei pentru sănătate, punându-se accent pe promovarea modului sănătos de viaţă, prevenirea şi combaterea bolilor contagioase şi necontagioase, profilaxia alcoolismului, fumatului, narcomaniei, SIDA etc.	Ministerul Sănătăţii	Permanent
3.	Implementarea continuă în activitatea instituţiilor curativ-profilactice şi a instituţiilor de învăţământ a realizărilor cercetărilor ştiinţifice în domeniul educaţiei pentru sănătate.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei.	Permanent

IV. MOBILIZAREA SOCIALĂ A POPULAŢIEI

1.	Includerea în programele de studii ale şcolilor generale, liceelor, gimnaziilor, şcolilor tehnico-profesionale, colegiilor, instituţiilor de învăţământ superior a cursurilor obligatorii „Educaţia pentru sănătate"	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–2000
2.	Pregătirea contingentelor decretate, lucrătorilor din industrie şi agricultură, cadrelor tehnico-inginereşti şi	Ministerul Industriei şi Comerţului, Ministerul Agriculturii şi Industriei	Anual

	funcţionarilor în cadrul cursurilor de educaţie pentru sănătate (conform programelor minimumului sanitar).	Prelucrătoare. Ministerul Sănătăţii, alte ministere şi departamente, agenţii economice, primăriile municipale, comitetele executive raionale	
3.	Instruirea sanitaro-igienică şi tehnică – curs introductiv cu noii angajaţi, inclusiv protecţia muncii şi tehnica securităţii.	Ministerele departamentale, primăriile municipale, comitetele executive raionale,	Permanent
4.	Instruirea pompierilor, colaboratorilor poliţiei rutiere şi şoferilor în domeniul acordării primului ajutor medical victimelor accidentelor rutiere	Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	Permanent
5.	Crearea serviciilor de informaţie (telefoane de încredere) pentru populaţie cu privire la promovarea modului sănătos de viaţă.	Ministerul Sănătăţii, pri pri-măriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
6.	Organizarea sistematică a concursurilor de desene, trecerilor în revistă a materialelor editate, conferinţelor, olimpiadelor, discotecilor, având ca temă promovarea modului sănătos de viaţă, combaterea narcomaniei, fumatului, alcoolismului, protecţia mediului, alimentaţia raţională etc.	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Agenţia Naţională de Presă Moldpres", Ministerul Sănătăţii	Anual
7.	Organizarea şi desfăşurarea unei serii de acţiuni propagandistice în masă în legătură cu: Ziua mondială de combatere a tuberculozei; 7.2. Ziua mondială a sănătăţii; 7.3 Ziua mondială fără tutun; 7.4 Ziua mondială a ocrotirii copilului; Ziua mondială de combatere a maladiei SIDA	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldo-pres", primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
8.	Organizarea şi desfăşurarea săptămânilor de proiectare a filmelor tematice, lunilor de propagare a cunoştinţelor în vederea promovării unui mod sănătos de viaţă, profilaxiei maladiilor	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", primăriile municipale,	Permanent

	transmisibile, planificării familiei etc.	comitetele executive raionale.	
9.	Contribuirea la abordarea problemelor şi includerea în repertoriul teatrelor (mai ales al teatrelor pentru copii) a unor reprezentaţii ce ar promova modul sănătos de viaţă, cultură fizică şi sportul, abandonarea deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania).	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Agenţia Naţională de Presă „Mold-pres".	Permanent
10.	Elaborarea, editarea şi repartizarea materialelor informative de educaţie pentru sănătate.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
11.	Organizarea distribuirii literaturii de educaţie pentru sănătate (broşuri, foi volante, îndreptare, prospecte etc.) prin intermediul oficiilor poştale şi al unităţilor de vânzare a presei, al punctelor vamale etc.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Transporturilor şi Comunicaţiilor, Ministerul Finanţelor.	Permanent
12.	Practicarea imprimării textelor de educaţie igienică pe coperţile caietelor şcolare, semnele de carte, calendare	Ministerul Sănătăţii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova",	Permanent
13.	Organizarea concursurilor pentru cea mai bună emisiune, publicaţie şi formă eficientă de propagare a modului sănătos de viaţă, planificării familiei, abandonării deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania), profilaxia maladiilor sexual-transmisibile şi SIDA, protecţiei mediului etc.	Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Ministerul Culturii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
14.	Contribuirea la realizarea şi punerea pe post a unor programe televizate şi radiofonice informative, documentare şi de popularizare a ştiinţei medicale cu abordarea problemelor actuale ale medicinii, educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, planificării familiei etc.	Ministerul Sănătăţii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Ministerul mediului, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent

15.	Organizarea în cadrul emisiunilor televizate a „mesei rotunde" cu participarea medicilor, profesorilor, specialiştilor în ramură.	Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Ministerul Sănătăţii,	Permanent
16.	Realizarea filmelor de popularizare a cunoştinţelor medicale şi videoclipurilor cu tematică medico-igienică şi de promovare a modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Afacerilor Interne, Compania de Stat „Teleradio-Moldova".	Permanent
17.	Punerea zilnică pe post la televiziune a videoclipurilor cu tematică medico-igienică în cadrul programelor muzical-distractive şi al altor emisiuni pentru telespectatori	Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
18.	Publicarea sistematică în ziarele şi revistele republicane, municipale şi raionale a materialelor cu tematică medico-igienică. Inaugurarea rubricilor permanente, consacrate promovării modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Culturii, primăriile municipale, comitetele executive raionale, Agenţia Naţională de Presă „Mold-pres".	Permanent
19.	Editarea literaturii privind promovarea modului sănătos de viaţă, a culturii fizice şi sportului, ocrotirii sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor, planificării familiei, dezrădăcinării deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania) etc.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Culturii.	Permanent

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN

Nr. 225 din 23.09.99

Cu privire la perfecționarea măsurilor de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață

Chișinău – 1999

Ministerul Sănătăţii consideră activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă un element foarte important al Politicii Naţionale în domeniul Sănătăţii.

Având în vedere cele expuse şi întru asigurarea executării Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 28.09.98 cu privire la Programul Naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă,

APROB:

1. Regulamentul cu privire la Serviciul de Educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informatic (anexa nr.l).
2. Regulamentul secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal (anexa nr.2).
3. Regulamentul cu privire la activitatea şefului secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă judeţean /municipal (anexa nr.3).
4. Regulamentul cu privire la activitatea medicului secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă judeţean /municipal (anexa nr.4).
5 Regulamentul cu privire la activitatea asistentului medicului de educaţie pentru sănătate al Centrului de Medicină Preventivă (anexa nr.5).
6. Regulamentul cu privire la Cabinetul de educaţie pentru sănătate al Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă judeţean (FCMPJ) (anexa nr .6).
7. Regulamentul cu privire la Cabinetul de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din instituţiile sanitare (anexa nr.7).
8. Regulamentul cu privire la "Cabinetul copilului sănătos" (anexa nr.8).
9. Normativele aproximative de calculare a timpului pentru înfăptuirea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru lucrătorii medicali (anexa nr.9).
10. Lista-model a utilajului secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/ municipal (anexa nr.10).

Anexa nr. 1
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la Serviciul de Educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informație

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Educația pentru sănătate *și* promovare a modului sănătos de viață constituie un compartiment al medicinei preventive, o parte componentă a educației generale a populației și include un complex de activități instructiv-educative cu multiple aspecte, orientate spre ridicarea nivelului culturii sanitare a populației, cultivarea unui comportament individual și colectiv conștient și responsabil pentru dezvoltarea, menținerea și fortificarea sănătății, recuperarea capacității de muncă și prelungirea duratei active a vieții.

Educația pentru sănătate a populației și promovarea modului sănătos de viață este o parte indispensabilă a activității profesionale a tuturor lucrătorilor medicali.

2. Regulamentul Serviciului de educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informație (în continuare Serviciul) este elaborat în conformitate cu prevederile Constituției Republicii Moldova, Legii ocrotirii sănătății, Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației, Regulamentului privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, Prevederile Programului Național de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1000 din 28 septembrie 1998, etc.

3. Scopul şi sarcinile activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie sunt ocrotirea şi fortificarea sănătăţii populaţiei prin realizarea unui complex de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice pentru însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei personale, igienei alimentaţiei; prevenirea îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente, alcool şi neîntrebuinţarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea precoce a principalelor semne de boală; acordarea în caz de nevoie a primului ajutor; crearea unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

4. Dirijarea activităţii Serviciului de Educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie este efectuată de Ministerul Sănătăţii (viceministrul sănătăţii, Medicul-şef sanitar de stat al Republicii Moldova) prin intermediul CNŞPMP, altor Instituţii medicale republicane responsabile de organizarea şi realizarea anumitelor programe de combatere şi profilaxie a maladiilor.

II. DIRECŢIILE PRIORITARE ALE ACTIVITĂŢII SERVICIULUI:

– contribuirea la realizarea reformelor sistemului de asistenţă medicală în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei pornind de la condiţiile socio-economice noi;

– intensificarea activităţii în domeniul pregătirii cadrelor medicale, elaborarea şi implementarea mecanismelor de cointeresare materială şi morală a specialiştilor în rezultatele activităţii lor;

– elaborarea mecanismelor de implementare şi realizare a cerinţelor actelor legislative, Programelor Naţionale şi teritoriale la compartimentul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

– desfăşurarea activităţilor educaţiei pentru sănătate a familiei, punându-se accentul pe pregătirea copiilor şi, în special, a adolescenţilor pentru căsătorie şi viaţă în familie; crearea unei concepţii

sănătoase şi consolidarea unei opinii corecte despre planificarea familiei; promovarea cunoştinţelor necesare pentru îngrijirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor,

– îmbunătăţirea, extinderea şi modernizarea procesului de educaţie pentru sănătate în cadrul colectivităţilor de copii şi tineret, ţinându-se cont de particularităţile de vârstă, sex, genul de activitate, în obiectivul formării şi consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat şi prevenirii îmbolnăvirilor;

– modificarea unor aspecte ale educaţiei pentru sănătate a personalului întreprinderilor, instituţiilor de stat şi particulare, asociaţiilor rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării integrale a capacităţii de muncă şi stimulării iniţiativei personale privind participarea lucrătorilor la realizarea măsurilor de promovare a sănătăţii;

– intensificarea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor social-condiţionate: tuberculoza, bolile venerice, SIDA, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.;

– susţinerea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educaţiei pentru sănătate în cultivarea deprinderilor şi comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viaţă, promovarea unei alimentaţii raţionale. combaterea abuzului de toxice uzuale;

– intensificarea educaţiei pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor / mai ales a accidentelor de circulaţie/, la domiciliu şi la locul de muncă şi instruirea populaţiei în acordarea primului ajutor;

– integrarea educaţiei pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populaţie;

– propagarea cunoştinţelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicaţiilor de regim igienico-dietetic, în vederea refacerii sănătăţii, a capacităţii de muncă, a reabilitarii şi a unei cât mai bune reintegrări sociale;

– popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale, a noilor metode şi mijloace de profilaxie şi reabilitare; participarea

activă a populaţiei la realizarea reformelor sistemului de asistenţă medicală;

– educaţia ecologică a populaţiei, protecţia mediului ambiant, dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului şi pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii şi întăririi organismului şi a creşterii duratei medii de viaţă;

– conlucrarea activă cu organismele şi structurile internaţionale, organizaţiile şi formaţiunile neguvernamentale, cu alte servicii, mass-media în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

III. FUNCŢIILE DE BAZĂ ALE SERVICIULUI:

1) elaborarea strategiei şi tacticii în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în comun cu specialiştii pe profil şi alte servicii;

2) organizarea şi efectuarea cercetărilor ştiinţifico-practice prioritare în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă şi în vederea determinării principalelor direcţii de activitate a serviciului;

3) organizarea şi dirijarea problemelor de educaţie pentru sănătate, determinarea direcţiilor prioritare, planificarea măsurilor în problemele de educaţie pentru sănătate, promovarea modului sănătos de viaţă, pregătirea specialiştilor din ramurile economiei naţionale în problemele medico-igienice, ţinându-se cont de particularităţile teritoriale, indicii sănătăţii, situaţia sanitaro-epidemiologică etc.;

4) elaborarea şi înaintarea, în modul stabilit, spre aprobarea proiectelor de acte legislative, normative şi directive, instructiv-metodice privind problemele de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă;

5) conlucrarea cu ministerele şi departamentele, sursele de informare în masă, organizaţiile nonguvernamentale şi populaţia în promovarea unui mod sănătos de viaţă, participarea activă la înfăptuirea diferitelor măsuri de profilaxie, protecţie şi asanare a mediu-

lui ambiant, ameliorare a condiţiilor de viaţă, muncă şi existenţă a omului, menţinerea şi întărirea sănătăţii populaţiei;

6) colaborarea internaţională cu OMS şi alte organisme internaţionale, în vederea susţinerii şi realizării în comun a unor măsuri de educaţie pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă;

7) organizarea şi participarea la pregătirea şi instruirea cadrelor serviciului de educaţie pentru sănătate;

8) asigurarea informaţiei necesare argumentate privind problemele ocrotirii sănătăţii, stării sănătăţii publice şi situaţiei sanitaro-epidemiologice şi altei informaţii medico-igienice în problemele sănătăţii, ale tuturor păturilor sociale şi de vârstă a populaţiei cu folosirea largă a surselor de informare în masă (televiziunea, radio, presa);

9) organizarea supravegherii şi monitorizarea realizării Programelor naţionale şi teritoriale de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, a altor documente normative şi directive la compartimentul nominalizat şi înaintarea propunerilor şi recomandărilor privind perfecţionarea lor, pregătirea propunerilor pentru examinare la Consiliul Colegial şi sanitaro-epidemiologic al MS, Consiliile şi Comitetele executive din teritoriu;

10) relevarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor nefavorabile ale raportului "Sănătatea populaţiei – modul de trai", elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice privind corecţia comportării diferitelor grupuri de oameni în scopul asanării populaţiei;

11) organizarea activităţii de instruire a specialiştilor din instituţiile sanitare şi alte ramuri ale economiei naţionale din teritoriu în probleme de educaţie pentru sănătate;

12) pregătirea şi editarea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor medico – igienice;

13) acordarea ajutorului şi participarea la înfăptuirea măsurilor în ce priveşte ridicarea calităţii şi eficacităţii educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, desfăşurate de către instituţiile sanitare, alte departamente şi organizaţii ne medicale;

IV. STRUCTURA SERVICIULUI

Serviciul de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie al Ministerului Sănătăţii include:

* **la nivel republican:**

– CNŞPMP – centrul de dirijare şi coordonare a activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;

– Instituţiile sanitare republicane,

* **la nivel de raion**, municipiu:

– secţiile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa Centrelor de Medicină Preventivă raionale, municipale care dirijează activitatea respectivă în raioane, municipii;

– instituţiile sanitare raionale, municipale.

* **la nivel teritorial:**

– cabinete de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa filialelor Centrelor de Medicină Preventivă Raionale;

– instituţiile sanitare teritoriale.

Anexa nr. 2
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09. 1999

REGULAMENTUL
secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. Secția Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață (în continuare – Secția) a Centrului de Medicină Preventivă (CMP) raional/municipal este o subdiviziune funcțională ce se află în subordonarea nemijlocită a medicului-șef al CMP.

2. Secția este o structură a Serviciului de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață și funcționează în scopul organizării *și* coordonării activității de Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață, efectuat de instituțiile sanitare și alte organizații cointeresate, inclusiv ale învățământului public, culturii fizice și sportului, culturii, mijloacelor de informare în masă, organizațiilor non-guvernamentale etc. în scopul ridicării nivelului de cunoștințe medico-igienice a populației, mai ales, în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor, planificării familiei, formării și dezvoltării unor deprinderi corecte, care să promoveze sănătatea, în scopul creării unei poziții active față de sănătatea individuală și față de problemele sănătății publice.

3. În activitatea sa secţia se călăuzeşte de Constituţia Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătăţii a Republicii Moldova, Legea Republicii Moldova privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei şi de alte Legi, de Regulamentul privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, actele normative ale Ministerului Sănătăţii, de Programul teritorial de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, de prezentul regulament şi alte documente instructiv – metodice.

II. SARCINILE DE BAZĂ

1. Elaborarea strategiei şi tacticii în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în teritoriul deservit în comun cu specialiştii de profil şi alte servicii, asigurând direcţiile prioritare în profilaxia primară şi secundară a maladiilor, precum şi activităţile prioritare de educaţie pentru sănătate, având în vedere rezultatele analizei indicilor demografici şi morbidităţii populaţiei, situaţia şi circumstanţele economice şi epidemilogice în teritoriul deservit şi în ţară.

2. Organizarea şi dirijarea problemelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, coordonarea activităţii organelor şi instituţiilor sănătăţii, a altor departamente şi servicii interesate în problemele profilaxiei maladiilor, promovarea modului sănătos de viaţă.

3. Relevarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor nefavorabile ale raportului „sănătatea populaţiei – modul de trai", elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice privind corectarea comportării diferitelor grupuri de populaţie.

4. Elaborarea proiectelor materialelor instructiv-metodice, Programelor teritoriale complexe şi speciale ce ţin de educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

III. FUNCȚIILE DE BAZĂ

În corespundere cu sursele de bază, Secția desfășoară activitatea organizatorică-metodică, instructivă, de propagare, aplicativă, științifico-practică, consultativă, exercitând funcțiile următoare:

1. Determinarea direcțiilor prioritare, planificarea măsurilor în probleme de educație pentru sănătate, propagarea modului sănătos de viață, instruirea igienică, pregătirea specialiștilor din ramurile economiei naționale în problemele sanitaro-igienice, ținându-se cont de particularitățile teritoriale, de indicii sănătății și situația epidemiologică.

2. Organizarea și participarea la elaborarea și realizarea Programelor teritoriale speciale și a documentelor directive, normative și instructiv-metodice cu referință la problemele de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață.

3. Supravegherea și monitorizarea îndeplinirii Programelor Naționale și locale și altor acte informative la compartimentul Educație pentru sănătate, elaborarea și înaintarea, în ordinea stabilită, a recomandărilor privind perfectarea activității la compartimentul nominalizat în scopul ocrotirii și fortificării sănătății populației.

4. Studierea și generalizarea noilor forme și metode de activitate a instituțiilor sănătății în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață, implementarea elaborării științifice și a recomandărilor în problemele asanării populației, profilaxiei bolilor, consolidării aspectelor medicale de promovare a modului sănătos de viață.

5. Dirijarea organizatorico-metodică a activității Cabinetelor de educație pentru sănătate ale Filialelor teritoriale ale Centrelor de Medicină Preventivă și ale activității instituțiilor sanitare la compartimentul Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață. Acordarea ajutorului consultativ instituțiilor sănătății, altor departamente și organizații privind problemele educației pentru sănătate.

6. Implementarea noilor forme şi metode ce ţin de instruirea igienică a populaţiei, de planificarea familială, propagarea cunoştinţelor medico-igienice, utilizându-se rezultatele investigaţiilor sociologice şi ştiinţifico-practice.

7. Propune spre examinare Consiliului Medical, Consiliului Sanitaro-Epidemiologic, în modul stabilit, problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în scopul promovării unei politici unice de păstrare şi consolidare a sănătăţii.

8. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă locale (televiziunea, radioul, presa) în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă, informarea populaţiei privind situaţia în ocrotirea sănătăţii şi sanitaro-epidemiologică în teritoriu şi ţară, în scopul însuşirii de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor, cunoaşterii şi depistării precoce a principalelor semne de boală; adoptării unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

9. Elaborarea şi contribuirea la editarea în tiraje de masă pentru specialişti şi populaţie a materialelor didactice, metodice, informative, a literaturii de popularizare a ştiinţei medicale privind aspectele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.

IV. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Secţia este condusă de şeful secţiei, care este numit şi destituit din funcţie de către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă.

2. Statele secţiei sunt aprobate de medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă, ţinându-se cont de normativele stabilite de Ministerul Sănătăţii.

3. Directivele şefului de secţie sunt obligatorii pentru colaboratorii acesteia.

V. OBLIGAȚIILE ȘEFULUI ȘI COLABORATORILOR SECȚIEI

1. Planificarea permanentă și contribuirea la realizarea măsurilor de pregătire și sporire a calificării profesionale a salariaților, ținându-se cont de interesele activității de serviciu.

2. Planificarea și asigurarea îndeplinirii planului de lucru al secției.

3. Coordonarea activității medicilor secției și efectuarea controlului privind desfășurarea activității lor.

4. Convocarea adunărilor, ședințelor specialiștilor secției operative și de totalizare în vederea analizei rezultatelor activității acestora într-o anumită perioadă de timp și determinarea sarcinilor de perspectivă.

5. Participărea la efectuarea controlului asupra activității de instruire sanitară la locul de muncă.

6. Elaborarea și optimizarea sistemelor de gestionare a instruirii igienice și educației pentru sănătate a populației la diferite niveluri administrative.

7. Acordarea ajutorului consultativ medicilor și altor specialiști din sistemul sănătății în problemele ce țin de organizarea instruirii, metodologiei și aplicării principiilor metodicii generale la soluționarea problemelor ce țin de educația pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

8. Perfecționarea nivelului de organizare a muncii specialiștilor Serviciului de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

VI. DREPTURILE ȘEFULUI ȘI COLABORATORILOR SECȚIEI.

1. Înaintarea pentru examinare și discuție conducerii Centrului de Medicină Preventivă, propunerilor referitoare la soluționarea problemelor ce țin de optimizarea activității de educație pentru sănătate în rândurile populației.

2. Înaintarea propunerilor către conducătorii instituţiilor sanitare şi specialiştii principali privind problemele ameliorării educaţiei pentru sănătate (în rezultatul controlului asupra stării de lucruri în efectuarea educaţiei pentru sănătate).

3. Culegerea datelor statistice, acumularea materialelor de directivă, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale, necesare pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.

4. Înaintarea către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă a unor propuneri vizând stimularea lucrătorilor secţiei sau aplicarea sancţiunilor disciplinare.

VII. RESPONSABILITATEA

1. Şeful şi colaboratorii secţiei poartă răspundere în conformitate cu legislaţia în vigoare pentru:

a) îndeplinirea necalitativă a funcţiilor şi obligaţiunilor prevăzute în documentele normative şi directive şi regulamentul dat;
b) întrebuinţarea incorectă şi incompletă a drepturilor acordate;
c) nerespectarea disciplinei de muncă, a ordinii interioare a CMP, a cerinţelor protecţiei muncii şi tehnicii securităţii, antiincendiare, protejarea inventarului şi valorilor materiale în secţie etc.

VIII. EVIDENŢA ŞI DĂRILE DE SEAMĂ

Secţia efectuează evidenţa şi controlul rezultatelor activităţii proprii şi a altor instituţii şi organizaţii, evidenţa operativă şi statistică concomitent cu întocmirea dărilor de seamă la compartimentul nominalizat, în conformitate cu cerinţele legislaţiei în vigoare.

Anexa nr. 3
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea șefului secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. În funcția de șef de secție educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (în continuare – șeful Secției) poate fi numit un medic cu o pregătire specială în probleme de dirijare, medicină socială și organizare a ocrotirii sănătății, în problemele medicinei preventive, educației pentru sănătate a populației și promovării modului sănătos de viață, un medic de igienă generală sau un medic epidemiolog cu o vechime în muncă nu mai puțin de 5 ani.
2. Șeful secției este numit și destituit din funcție de către medicul-șef al CMP.
3. Șeful secției activează și se subordonează direct medicului-șef al Centrului de Medicină Preventivă.
4. Șeful secției organizează activitatea acesteia în corespundere cu prezentul Regulament, cu Regulamentul Centrului de Medicină Preventivă județean/municipal.
5. Dispozițiile și indicațiile șefului Secției sunt strict obligatorii pentru toți colaboratorii acesteia.

II. OBLIGAȚIILE.

1. Determinarea direcțiilor principale ale activității Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informație în teritoriul deservit.

2. Asigurarea lucrului organizatorico-metodic și controlului asupra activității instituțiilor Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informație; coordonarea acțiunilor comune ale organelor și instituțiilor sănătății cu instituțiile și organizațiile altor departamente în problemele educației pentru sănătate. Organizarea supravegherii și monitorizarea îndeplinirii programelor teritoriale speciale și a documentelor directive, normative și instructiv-metodice la compartimentul nominalizat.

3. Organizarea, participarea activă la elaborarea documentelor vizând problemele sănătății publice, Programelor teritoriale în domeniu, complexe și speciale și examinarea lor la diferite niveluri în cadrul sistemului ocrotirii sănătății.

4. Dirijarea, acordarea ajutorului organizatorico-metodic și monitoringul permanent al activității instituțiilor medicale teritoriale în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

5. Contribuirea la organizarea și pregătirea postuniversitară a cadrelor medicale în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

6. Organizarea conlucrării și folosirea largă a mijloacelor locale de informare în masă în educația pentru sănătate etc., asigurarea participării specialiștilor Secției și a instituțiilor sanitare teritoriale la propagarea cunoștințelor medico-igienice prin intermediul mijloacelor de informare in masă.

7. Organizarea implementării formelor și metodelor avansate de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

8. Asigurarea elaborării și editării materialelor metodico-instructive și informative vizând pregătirea igienică a populației și editarea literaturii populare pe tema educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

9. Organizarea studierii, generalizării şi popularizării experienţei avansate, a formelor progresiste şi de o eficacitate înaltă în activitatea instituţiilor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

10. Organizarea asigurării informaţionale în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă. Participarea la organizarea conferinţelor şi simpozioanelor în problemele nominalizate în teritoriul deservit.

11. Asigurarea, în modul stabilit, a întocmirii planurilor de lucru anuale, trimestriale ale Secţiei, a dării de seamă despre activitatea Secţiei şi prezentarea ei organelor ierarhic superioare.

12. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă aplicate în republică şi peste hotare.

III. DREPTURILE.

1. Înaintarea propunerilor conducerii Centrului de Medicină Preventivă ce ţin de optimizarea lucrului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.
2. Înaintarea propunerilor către conducătorii instituţiilor sanitare teritoriale şi specialiştii Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă privind problemele ameliorării activităţii acestora.
3. Culegerea şi analiza datelor statistice despre sănătatea populaţiei şi factorii care o formează, acumularea şi studierea materialelor de directivă, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale necesare pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.
4. Înaintarea către conducerea centrului de Medicină Preventivă a unor propuneri vizând stimularea lucrătorilor Secţiei sau aplicarea unor sancţiuni disciplinare.
5. Sporirea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a

revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

IV. RESPONSABILITATEA.

Şeful Secţiei poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, a Regulamentului de ordine interioară, a contractului colectiv de muncă, respectarea cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiincendiare, atmosferei morale şi psihologice în colectiv, pentru deteriorarea utilajului, valorilor materiale ale Secţiei.

2. Întocmirea, executarea şi prezentarea la timp a documentelor de serviciu.

3. Îndeplinirea calificată, calitativă şi la timp a măsurilor de plan, a indicaţiilor conducerii CMP.

4. Autenticitatea şi înlăturarea erorilor în materialele prezentate.

5. Întrebuinţarea abuzivă, incorectă şi incompletă a drepturilor (împuternicirilor) acordate.

6. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei, fără a coordona, în modul stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.

7. Organizarea competentă şi la nivel profesionist înalt a activităţii Secţiei întru îndeplinirea sarcinilor de bază prevăzute de Regulamentul CMP şi Secţiei.

Anexa nr. 4
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr.225 din 23.09. 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea medicului secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. Medicul secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (în continuare – Medicul) asigură realizarea măsurilor planificate privind utilizarea eficientă a mijloacelor și forțelor în educarea pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață.

2. Funcția de medic poate fi deținută de un medic-specialist ce posedă cunoștințe în domeniul educației pentru sănătate, medicinei preventive, sociologiei, medicinei sociale, managementului sanitarial.

3. Medicul este numit sau destituit din funcție de către directorul Centrului de Medicină Preventivă județean/municipal prin coordonare cu șeful secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață. În activitatea sa medicul se călăuzește de documentele legislative, normative și directive în vigoare, de prezentul Regulament, de Regulamentul Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal, Regulamentul secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață, de dispozițiile directorului Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal și ale șefului secției respective.

II. OBLIGAȚIUNILE.

1. Participarea la determinarea direcțiilor prioritare, elaborarea programelor teritoriale de educație pentru sănătate, a planurilor complexe, anuale și trimestriale și la realizarea măsurilor preconizate.

2. Elaborarea materialelor metodico-instructive și informative în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

3. Participarea la organizarea și realizarea măsurilor de ridicare a nivelului de calificare a lucrătorilor medicali din instituțiile sanitare teritoriale și ai altor grupe de specialiști nemedicali în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

4. Colaborarea, organizarea și acordarea ajutorului metodico-consultativ și practic instituțiilor sanitare teritoriale, altor instituții, organizații și întreprinderi cointeresate în realizarea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

5. Aprecierea, de comun acord cu specialiștii principali din teritoriu, a eficacității activității instituțiilor medicale privind educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață în baza evaluării nivelului de cultură sanitară și a analizei indicilor sănătății populației; elaborarea propunerilor de redresare, în caz de necesitate.

6. Studierea, generalizarea și implementarea în activitatea instituțiilor sanitare a experienței avansate în educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață.

7. Efectuarea controlului asupra activității instituțiilor sanitare privind educația pentru sănătatea și promovarea modului sănătos de viață, folosirea rațională și eficace a tuturor mijloacelor de educație pentru sănătate.

8. Participarea la elaborarea planurilor tematice privind organizarea expozițiilor și editarea literaturii vizând educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață.

9. Participarea la lucrările simpozioanelor, conferinţelor, consfătuirilor şi altor foruri ştiinţifice şi practice în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

10. Participarea la întocmirea dărilor de seamă şi la analiza indicilor activităţii instituţiilor Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

11. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

12. Îndeplinirea indicaţiilor şi însărcinărilor şefului Secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

13. Respectarea Regulamentului de ordine interioară pentru lucrătorii Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal şi a obligaţiunilor funcţionale.

14. Participarea nemijlocită la realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

III. DREPTURILE.

1. A înainta spre examinare şefului secţiei, conducerii Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal propuneri ce ţin de perfecţionarea educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

2. A înainta propuneri către conducătorii instituţiilor sanitare şi specialiştii Serviciului Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă privind perfecţionarea activităţii respective.

3. Colectarea datelor statistice, acumularea materialelor directive, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale necesare în procesul exercitării obligaţiunilor funcţionale.

4. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi a altor surse, precum şi familia-

rizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

IV. RESPONSABILITATEA.

Medicul poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, îndeplinirea Regulamentului de ordine interioară, cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiincendiare la locul de muncă, deteriorarea inventarului şi a valorilor materiale din secţie.

2. Îndeplinirea calificată şi calitativă a obligaţiunilor stabilite în prezentul Regulament şi executarea ordinelor, respectarea documentelor directive şi indicaţiilor conducerii instituţiei respective.

3. Autenticitatea şi prezentarea oportună a materialelor şi documentelor de uz intern.

4. Întrebuinţarea abuzivă, incorectă şi incompletă a drepturilor de funcţie.

5. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei fără a coordona, în mod stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.

Anexa nr. 5
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea asistentului medicului de educație pentru sănătate al Centrului de Medicină Preventivă

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. Asistentul medicului de educație pentru sănătate (în continuare – Asistentul medicului) trebuie să aibă studii medicale medii și să se orienteze în problemele sociale și medico-igienice, precum și în alte probleme ale ocrotirii sănătății la nivelul profesional necesar pentru un lucrător medical cu studii medii speciale.

2. Asistentul medicului este numit sau destituit din funcție de către directorul Centrului de Medicină Preventivă la propunerea șefului secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

3. Asistentul medicului activează sub conducerea șefului și medicilor secției.

II. OBLIGAȚIUNILE.

1. Participarea la selectarea și completarea mapelor cu materiale metodico-instructive și informative pe diferite aspecte ale educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

2. Participarea la pregătirea şi prelucrarea materialelor statistice în ajutorul medicilor în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

3. Participarea la organizarea expoziţiilor tematice şi a concursurilor de trecere în revistă a mijloacelor de educaţie pentru sănătate.

4. Alcătuirea materialelor de arhivă a secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi transmiterea lor, în ordinea stabilită, arhivei Centrului de Medicină Preventivă.

5. Recepţionarea şi înregistrarea corespondenţei de intrare-ieşire în secţie.

6. Amenajarea interiorului secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, acumularea materialelor metodico-instructive şi informative, a literaturii medico-igienice şi altor materiale.

7. Evidenţa activităţii secţiei în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

8. Participarea la alcătuirea dispoziţiilor privind livrarea materialelor metodico-instructive şi informative şi a literaturii pe tema educaţiei pentru sănătate organelor şi instituţiilor interesate.

9. Respectarea Regulamentului de ordine interioară pentru lucrătorii Centrului de Medicină Preventivă şi a obligaţiunilor funcţionale ale asistentului medicului de educaţie pentru sănătate,

10. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode de activitate aplicate în republică şi peste hotare.

11. Îndeplinirea indicaţiilor administraţiei CMP şi ale şefului de secţie.

III. DREPTURILE.

1. Colectarea datelor statistice, acumularea materialelor directive, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.

2. Controlul asupra îndeplinirii planului de lucru în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în instituţiile preşcolare şi preuniversitare etc.

3. Participarea la conferinţe ştiinţifico-practice, simpozioane în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

4. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare profesională.

IV. RESPONSABILITATEA.

Asistentul medicului poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, a Regulamentului de ordine interioară, a cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiincendiare la locul de muncă, răspunderea pentru deteriorarea inventarului şi a valorilor materiale.

2. îndeplinirea calificată şi calitativă a obligaţiunilor stabilite de prezentul Regulament şi prevăzute în documentele directive şi indicaţiile conducerii instituţiei respective.

3. Autenticitatea şi prezentarea oportună a materialelor.

4. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei fără a coordona, în modul stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.

Anexa nr.6
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr.225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
despre Cabinetul de educație pentru sănătate *și* promovare a modului sănătos de viață a Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă raional (FCMPJ)

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. Cabinetul de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață (în continuare Cabinetul) al Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă raional (în continuare – Filiala) este o structură funcțională și se află în subordinea Medicului-șef al Filialei. Cabinetul își desfășoară activitatea în colaborare cu instituțiile sanitare teritoriale și alte organizații, instituții și întreprinderi.

2. Cabinetul are menirea de a organiza și coordona activitatea de educație pentru sănătate a organelor și instituțiilor sanitare și a altor organizații teritoriale, în scopul prevenirii maladiilor, fortificării și ameliorării sănătății populației.

3. În activitatea sa Cabinetul se călăuzește de Constituția Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătății, Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației și alte Legi, Regulamentul privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, actele normative ale Ministerului Sănătății, hotărârile medicului-șef sanitar de stat al județului etc. și de prezentul regulament.

II. SARCINILE DE BAZA.

1. Determinarea direcţiilor prioritare în educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă, bazate pe analiza indicilor morbidităţii populaţiei din teritoriul deservit, pe datele demografice şi situaţia sanitaro-epidemiologică.

2. Coordonarea activităţii organelor şi instituţiilor sanitare, învăţământului, culturii şi altor organizaţii şi instituţii teritoriale în problemele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.

3. Elaborarea măsurilor profilactice şi a recomandărilor practice privind corectarea comportării diferitelor grupe ale populaţiei în scopul promovării sănătăţii.

III. FUNCŢIILE DE BAZĂ.

În corespundere cu sarcinile de bază, Cabinetul desfăşoară activitatea organizatorico-metodică, instructivă, de propagare, consultativă, care constă în următoarele:

1. studierea şi generalizarea unor noi forme şi metode de activitate a instituţiilor sanitare în domeniul profilaxiei maladiilor, asanării populaţiei, consolidării şi promovării conceptelor modului sănătos de viaţă.

2. participarea la elaborarea programelor judeţene / municipale de Educaţie pentru sănătate, organizarea şi participarea la elaborarea Programelor locale privind problemele ocrotirii sănătăţii, profilaxia bolilor şi traumatismului.

3. dirijarea organizatorico-metodică şi informaţională a activităţii instituţiilor sanitare, acordarea ajutorului consultativ şi practic în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

4. organizarea şi desfăşurarea pe teritoriul deservit a acţiunilor de profilaxie primară şi secundară a maladiilor, acordarea ajutorului instituţiilor nemedicale şi agenţilor economici în realizarea acestor acţiuni.

5. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic şi consultativ instituţiilor sănătăţii teritoriale şi specialiştilor din reţeaua medicinei generale în problemele respective.

6. Participarea la pregătirea cadrelor medicale, pedagogilor, altor specialişti privind metodica generală şi particulară de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

7. Contribuirea prin intermediul mijloacelor de informare în masă la familiarizarea populaţiei cu problemele ocrotirii sănătăţii, situaţiei sanitaro-epidemiologice, pofilaxiei maladiilor şi traumatismului.

8. Pregătirea şi editarea pentru specialiştii în domeniu şi pentru populaţie a materialelor metodice, a literaturii cu tema educaţiei pentru sănătate, publicaţiilor privind aspectele profilaxiei maladiilor, traumatismului şi promovarea modului sănătos de viaţă.

9. Conlucrarea activităţii cu mijloacele de informare în masă locale (televiziunea, radioul, presa) în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă, informarea populaţiei privind situaţia în ocrotirea sănătăţii şi cea sanitaro-epidemiologică în teritoriu şi ţară.

IV. STRUCTURA ŞI STATELE.

1. Cabinetul este condus de felcerul de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal la propunerea medicului şef al secţiei.

2. Statele Cabinetului sunt aprobate de medicul-şef al CMPIJM, conform normativelor stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Anexa nr.7
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la Cabinetul de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din instituţiile sanitare

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Cabinetul de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din instituţiile sanitare (în continuare – Cabinetul) este o subdiviziune structurală a instituţiei sanitare şi funcţionează în vederea obţinerii unor rezultate optime în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

2. Cabinetul organizează, dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă a subdiviziunilor şi lucrătorilor medicali ai instituţiei sanitare, în scopul ridicării culturii sanitare, realizării măsurilor de asanare în prevenirea maladiilor, fortificarea şi ameliorarea sănătăţii populaţiei.

3. În fruntea Cabinetului se află:

- în spitalele de 300 şi mai mult paturi – medicul de educaţie pentru sănătate;
- în alte instituţii sanitare – felcerul (asistentul medicului) de educaţie pentru sănătate.

4. Cabinetul îşi desfăşoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament şi Regulamentul instituţiei sanitare respective şi activează sub egida secţiei educaţie pentru sănătate a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal.

II. SARCINILE ŞI FUNCŢIILE DE BAZĂ.

1. Planificarea activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a instituţiei prin antrenarea în această activitate a tuturor lucrătorilor medicali, precum şi a priorităţilor educaţiei pentru sănătate, ţinându-se cont de analiza indicilor morbidităţii, datele demografice, circumstanţele ecologice şi sanitaro-epidemiologice.

2. Coordonarea şi dirijarea activităţii subdiviziunilor şi a lucrătorilor medicali ai instituţiei în problemele educaţiei pentru sănătate pe profil.

3. Organizarea şi participarea la elaborarea documentelor instructiv-metodice, programelor complexe şi speciale ale instituţiei, ce ţin de educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

4. Studierea şi generalizarea noilor forme şi metode de activitate a lucrătorilor medicali în domeniul profilaxiei maladiilor, asanării populaţiei, promovării modului sănătos de viaţă.

5. Organizarea şi desfăşurarea în cadrul instituţiei sanitare a măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

6. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic şi consultativ specialiştilor instituţiei pe problemele nominalizate.

7. Participarea la pregătirea cadrelor medicale în problemele de educaţie pentru sănătate.

8. Studierea nivelului şi dinamicii culturii sanitare a populaţiei.

9. Studierea, generalizarea şi implementarea experienţei avansate, a noilor forme şi metode eficiente de educaţie pentru sănătate.

10. Elaborarea pentru specialişti şi populaţie a articolelor pentru mass-media, a materialelor metodice şi informative privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

11. Asigurarea, în modul stabilit, a întocmirii planurilor de lucru anuale, trimestriale ale instituţiei, a dărilor de seamă despre activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

12. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, în scopul ridicării nivelului de cunoştinţe ale populaţiei în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente şi alcool, abandonarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea precoce a principalelor semne de boală şi acordare a primului ajutor; crearea unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi colectivă; informarea despre situaţia sanitaro-epidemiologică din teritoriu.

III. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Cabinetul este condus de medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al instituţiei respective.

2. Statele Cabinetului sunt aprobate de medicul-şef al instituţiei respective, conform normativelor în vigoare.

3. Medicul (felcerul) Cabinetului organizează şi dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în conformitate cu legislaţia în vigoare, actele normative şi directive ale Ministerului Sănătăţii, Regulamentul instituţiei sanitare respective şi prezentul Regulament

Anexa nr.8
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
Cu privire la "Cabinetul copilului sănătos"

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Cabinetul copilului sănătos este o subdiviziune structurală a Centrului medicului de familie şi a Centrului de Sănătate şi funcţionează în vederea unor rezultate optime în lucrul profilactic cu copiii mici în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

2. În Cabinetul copilului sănătos activează un felcer şi o asistentă medicală cu pregătire specială în lucrul profilactic cu copiii şi în lucrul de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Activitatea Cabinetului copilului sănătos este dirijată de şeful Secţiei Pediatrie sau de un medic pediatru.

4. Cabinetul copilului sănătos îşi desfăşoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament şi Regulamentul instituţiei sanitare respective şi activează sub egida Secţiei Educaţie pentru sănătate a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal.

II. SARCINILE ŞI FUNCŢIILE DE BAZĂ

1. Planificarea activităţii Cabinetului copilului sănătos şi antrenarea în această activitate a tuturor lucrătorilor medicali ai instituţiei sanitare.

2. Organizarea instruirii părinților vizând regulile de bază în educația copilului sănătos (regimul de viață, regimul alimentar, educația fizică, călirea organismului, îngrijirea etc.); educația pentru sănătate a părinților în problemele profilaxiei îmbolnăvirilor și a devierilor de la dezvoltarea normală a copilului, igiena personală, promovarea sănătății.

3. Organizarea lucrului profilactic vizând profilaxia rahitismului, repartizarea vitaminei "D", iradierea copiilor cu raze ultraviolete etc.

4. Organizarea, în comun cu medicul și sora medicală de circumscripție, a pregătirii copiilor pentru frecventarea instituțiilor preșcolare.

5. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic medicilor pediatri de circumscripție la organizarea în Cabinetul copilului sănătos a prelegerilor pentru tinerii părinți.

6. Participarea la pregătirea cadrelor medicale ale instituției în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

7. Participarea nemijlocită la instruirea părinților privind: îngrijirea copiilor, regimul zilei, mesajul, gimnastica, procedurile de călire a organismului, pregătirea alimentației, trecerea copilului de la alimentația naturală la alimentația mixtă etc.

8. Conlucrarea activă a Cabinetului copilului sănătos cu Secția educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a CMP raional/municipal.

9. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

10. Organizarea și efectuarea convorbirilor în grup și individuale cu anumite grupuri de persoane în problemele promovării modului sănătos de viață.

11. Organizarea expozițiilor tematice, concursurilor de trecere în revistă a materialelor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

12. Evidenţa activităţii Cabinetului copilului sănătos, selectarea şi acumularea materialelor informative, metodice, didactice, demonstrative în problemele de dezvoltare şi educaţie a copilului sănătos, dintre care, în mod obligatoriu, următoarele:

12.1. Tabelul diferitelor regimuri de vârstă.

12.2. Tabelul - schemă a alimentaţiei naturale şi artificiale a copiilor mici până la un an.

12.3. Expoziţie vizând alimentaţia sugarului şi a copilului mic.

12.4. Tabelul de indici ai dezvoltării fizice şi neuropsihice a copiilor mici.

12.5. Panouri cu complexe de masaj şi de gimnastică, de exerciţii fizice pentru copii mici.

12.6. Panouri cu scheme de călire a copiilor.

12.7. Expoziţii ale obiectelor de îngrijire a copiilor, de igienă personală, de îmbrăcăminte, jucării pentru copii de diferite vârste.

12.8. Schema profilaxiei specifice şi nespecifice a rahitismului.

12.9. Panouri de pregătire a copilului pentru frecventarea instituţiei preşcolare.

12.10. Set de recomandări metodice ale Ministerului Sănătăţii vizând principalele probleme în lucrul profilactic cu copiii sănătoşi.

IV. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Cabinetul este condus de felcerul de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al instituţiei respective.

2. Statele Cabinetului copilului sănătos sunt aprobate de medicul şef al instituţiei respective, conform normativelor în vigoare.

3. Felcerul Cabinetului copilului sănătos organizează şi dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, în conformitate cu legislaţia în vigoare, actele normative şi directive ale Ministerului Sănătăţii, Regulamentul instituţiei sanitare respective şi prezentul Regulament.

Anexa nr. 9
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09.1999

NORMATIVELE
aproximative de calculare a timpului pentru înfăptuirea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru lucrătorii medicali

Forma de activitate (lecție, convorbire, serată de întrebări și răspunsuri, serată tematică, informație radio, emisiune televizată, distribuirea literaturii etc.)	Timpul cheltuit
1. Lecția ținută în casele de cultură, ciuburi, întreprinderi, organizații, instituții de învățământ mediu și superior etc.	2 ore
2. Discursuri la conferințele pedagogice în problemele educației pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață.	2 ore
3. Lecția ținută în cadrul instituțiilor medicale.	1 oră
4. Pregătirea (din însărcinarea secției Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață) textului lecției pentru multiplicare.	3 ore
5. Convorbirea în grup, întreținută în afara instituției medicale.	1 oră
6. Convorbirea în grup, întreținută în cadrul instituțiilor medicale.	30 min
7. Participarea la convorbirea în grup (pentru fiecare participant).	1 oră
8. Participarea la organizarea unei serate de întrebări și răspunsuri (pentru fiecare participant)	2 ore
9. Participarea la organizarea unei serate tematice (pentru fiecare participant)	2 ore

10. Participarea la şedinţa grupului de lectori.	2 ore
11. Audienţa profilactică a unui grup omogen de bolnavi în cadrul policlinicii.	2 ore
12. Recenzarea lecţiei, seratei de întrebări şi răspunsuri, seratei tematice etc.	2 ore
13. Pregătirea auditoriului şi mijloacelor tehnice şi luarea unor măsuri organizatorice pentru desfăşurarea unei lecţii, organizarea seratei de întrebări şi răspunsuri, seratei tematice etc.	1 oră 30 min
14. Participarea la conferinţele cu cititorii pe marginea materialelor publicate în revistele "Societate. Om. Sănătate.", "Sănătatea", 'Mediţinscaia gazeta" etc.	2 ore
15. Ţinerea unei prelegeri la Universitatea populară de cunoştinţe medicale şi igienice, la diferite "Şcoli ale sănătăţii", la lectoriul cinema etc.	2 ore
16. Darea de seamă a medicului de sector în faţa populaţiei circumscripţiei respective.	2 ore
17. Pregătirea materialelor pentru buletinul sanitar.	3 ore
18. Pregătirea materialelor pentru ziarul sanitar.	3 ore
19. Pregătirea unui răspuns competent, adecvat pentru panoul de întrebări şi răspunsuri.	30 min.
20. Pregătirea materialelor pentru "Ungheraşul sănătăţii" de tip nou.	2 ore
21. Reînnoirea periodică a "Ungheraşului sănătăţii".	1 oră
22. Amenajarea vitrinei sanitare.	1 oră
23. Pregătirea materialelor pentru publicare în presă.	2 ore
24. Pregătirea materialelor şi difuzarea lor prin radio.	2 ore
25. Pregătirea materialelor pentru înregistrare pe banda magnetofonică.	1 oră
26. Pregătirea materialelor şi discursilor la televiziune.	2 ore
27. Discursul la cinematograf, înainte de demonstrarea filmului.	1 oră
28. Demonstrarea unui diafilm.	1 oră
29. Pregătirea şedinţei lectoriului de cinema (clubului).	30 min.
30. Pregătirea materialelor şi organizarea unei expoziţii tematice.	4 ore
31. Prelegeri vizând instruirea igienică a femeilor gravide, mamelor cu copii până la 1 an, a tinerilor însurăţei şi altor grupuri ale populaţiei, conform programelor stabilite (pentru fiecare prelegere).	2 ore
32. Pregătirea olimpiadelor, sărbătorilor sănătăţii, victorinelor etc. în cadrul şcolii de cultură generală.	4 ore

33. Participarea la Consiliul pedagogic.	2 ore
34. Participarea şi luarea de cuvânt la seminare, consfătuiri cu lucrătorii medicali, pedagogii, lucrătorii din alte ramuri ale economiei naţionale privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.	2 ore
35. Pregătirea materialelor pentru editarea unei agende	2 ore
36. Vizitarea muzeului "Sănătatea şi istoria medicinei".	2 ore

HOTĂRÂREA GUVERNULUI REPUBLICII MOLDOVA

Privind aprobarea Concepţiei organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova şi Regulamentului privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova

Nr. 717 din 7.06.2002
(Monitorul Oficial al R.Moldova nr. 75 din 13.06.2002)

În scopul promovării politicii statului în sfera socială, prin recunoaşterea necesităţii de ameliorare şi fortificare a sănătăţii populaţiei şi a stării sanitaro-epidemiologice ca unul din pilonii primordiali în renaşterea economiei şi asigurarea securităţii naţionale a tarii, Guvernul Republicii Moldova HOTARĂŞTE:

1. Se aprobă:

Concepţia organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova, conform anexei nr.1;

Regulamentul privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova, conform anexei nr.2.

2. Concepţia organizării şi funcţionarii monitoringului socio-igienic în Republica Moldova şi Regulamentul monitoringului socio-igienic în Republica Moldova se consideră drept bază de interacţiune şi conlucrare a ministerelor şi departamentelor pentru crearea sistemului statal de evidenţă, analiză şi supraveghere a stării de sănătate a populaţiei, calitatea mediului de viaţă, ocupaţional, de instruire etc., fiind orientate spre pronosticarea şi argumentarea ştiinţifică a activităţilor întreprinse de Guvern şi autorităţile publice locale în fortificarea sănătăţii populaţiei.

3. Ministerul Sănătăţii va crea reţeaua de monitoring socio-igienic şi va asigura suportul metodologic, coordonarea şi controlul funcţionarii monitoringului în Republica Moldova.

PRIM-MINISTRU
AL REPUBLICII MOLDOVA **Vasile TARLEV**

Contrasemnată:
Ministrul Sănătăţii **Andrei GHERMAN**

Chişinău, 7 iunie 2002.
nr. 717.

Anexa nr. 1
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 717 din 7 iunie 2002

CONCEPŢIA
organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova

I. SUPORTUL JURIDIC ŞI METODIC AL MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

1. Elaborarea Concepţiei organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova (în continuare – Concepţia) este dictată de starea precară a sănătăţii omului în relaţie cu calitatea factorilor mediului ambiant, mediului ocupaţional, educaţional etc. şi se încadrează în prevederile Legii Republicii Moldova nr. 1513–XII din 16 iunie 1993 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, în hotărârile Guvernului Republicii Moldova nr. 487 din 19 iunie 2001 "Privind aprobarea Planului naţional de acţiuni pentru sănătate în relaţie cu mediul" şi nr. 854 din 16 august 2001 "Cu privire la măsurile de realizare a Programului de activitate a Guvernului Republicii Moldova pe anii 2001–2005 "Renaşterea Economiei – Renaşterea ţării" şi altor acte-directive ale Guvernului. Prezenta Concepţie este racordată la cadrul politic al Regionalei Europene a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) "Sănătatea XXI – sănătate pentru toţi".

Recomandările Centrului European pentru Sănătate în Relaţie cu Mediul al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii au servit drept suport metodic la elaborarea prezentei Concepţii.

2. Prezenta Concepţie conţine argumentări privind necesitatea mobilizării şi integrării eforturilor statului orientate spre stoparea declinului stării de sănătate a populaţiei, ameliorarea indicilor de sănătate a ei în baza implementării largi a mecanismelor de prevenire a influentei nocive a factorilor de risc asupra Sănătăţii. Principiile expuse în prezenta Concepţie reprezintă o continuitate în armonizarea şi racordarea activităţilor de ocrotire a Sănătăţii la standardele internaţionale, aplicând forme şi metode contemporane în acest domeniu.

3. Starea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, drept component indispensabil al stării Sănătăţii publice, determinată de nivelul sporit al mortalităţii şi morbidităţii generale a populaţiei, rămâne a fi instabilă şi nefavorabilă. Dintre factorii care destabilizează starea Sănătăţii populaţiei pot fi menţionaţi:

- particularităţile biogeochimice ale ţării, exprimate prin deficienţele unor microelemente în factorii de mediu (iod, seleniu etc.) şi excesul altora (fluor);
- calitatea apei potabile şi deficienţele în aprovizionarea populaţiei cu apă potabilă de calitate şi în volumul necesar; înrăutăţirea condiţiilor igienice de muncă a angajaţilor;
- posibilităţile limitate ale populaţiei de a se asigura cu produse alimentare în sortiment necesar şi calitate garantată;
- nivelul redus de cunoştinţe în problema ocrotirii şi conservării Sănătăţii din partea unui număr impunător de populaţie;
- activităţile insuficiente ale autorităţilor publice centrale şi locale în domeniul organizării activităţilor de prevenţie etc.

Toate aceste fenomene, în condiţiile unor activităţi insuficiente de combatere şi prevenire a stărilor morbide generate de ele, compromit sănătatea populaţiei, plasând ţara pe ultimele locuri în Europa, conform indicilor de sănătate.

Majoritatea factorilor şi activităţilor, care determină starea Sănătăţii populaţiei, nu ţin de posibilităţile şi competenţa serviciului medical, iar necesitatea obţinerii unor informaţii despre caracteristica acestor factori presupune integrarea eforturilor sociale (ministerelor, departamentelor, organizaţiilor etc.) pentru stabilirea cau-

zelor şi elaborarea acţiunilor integrate de reducere a impactului negativ şi prevenirea influenţei nocive asupra Sănătăţii umane.

II. MENIREA ŞI OBIECTIVUL PRINCIPAL AL MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

4. Necesitatea monitorizării aspectelor socio-igienice ale existenţei umane porneşte de la faptul că sănătatea este un produs multidimensional. Ea depinde de mai multe componente de proporţie şi anume: de particularităţile biologice ale organismului (moştenirea genetică, sistemele enzimatice etc.), de ambianţa ecologică (factorii nefavorabili de origine chimică şi fizică din mediu şi de la locul de muncă), socială şi economică, de comportamentul individual (obiceiuri, alimentare, consum etc.), precum şi de calitatea asistenţei medicale (preventive, curative, recuperare).

Din aceste considerente, sănătatea umană în mare măsură este rezultatul interrelaţiilor organismului (cu particularităţile sale biologice), cu mediul înconjurător (inclusiv cel ocupational) şi factorii determinaţi de modul de trai şi comportament. Cercetările efectuate în mai multe ţări au dovedit destul de argumentat că majoritatea stărilor morbide cronice, cel puţin la vârsta aptă de muncă, sunt consecinţe ale impactului factorilor de risc asupra organismului, prin urmare, sunt potenţial prevenibile, îndeosebi, la etapa incipientă.

5. Pentru a realiza conceptul de profilaxie, societatea are nevoie de mecanisme eficiente, care ar permite de a dezvălui, de a face cunoscute subtilităţile fenomenului destrămării Sănătăţii la nivel de grupuri mari de populaţie, colectivităţi. Unul din cele mai eficiente mecanisme la etapa actuală este monitorizarea condiţiilor de existenţă a omului sau, la concret, supravegherea sistematică a stării Sănătăţii populaţiei în corelaţie cu componentele de mediu (apă, aer, sol), operativitatea prezentării informaţiei furnizate beneficiarilor, compatibilitatea informaţiei furnizate de diferite surse incluse în realizarea monitoringului.

6. Monitoringul socio-igienic (în continuare – monitoring) prezintă un sistem statal, vast şi complex de măsuri legislative organizatorice, medico-sociale şi ştiinţifico-tehnice, care au drept scop de a asigura supravegherea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi calitatea mediului habitual, analiza, estimarea şi pronosticarea indicilor care le caracterizează, de a determina interrelaţiile cauză-efect pentru elaborarea măsurilor orientate spre prevenirea, eliminarea sau reducerea impactului factorilor nocivi de mediu asupra Sănătăţii, administrarea datelor investigaţiilor privind calitatea factorilor de mediu şi sănătate, elaborarea prognozelor.

7. Determinarea impactului factorilor nocivi asupra Sănătăţii se efectuează prin estimarea riscului, care include identificarea şi dimensionarea personalului, evaluarea expunerii, caracterizarea riscului şi estimarea propriu-zisă a riscului.

8. Monitoringul este un sistem de măsuri efectuat de către stat, care se va baza pe legislaţia Republicii Moldova;

❖ suportul metodic ştiinţific argumentat sub formă de indicaţii şi recomandări metodice aprobate de Ministerul Sănătăţii.

III. PRINCIPIILE FUNCŢIONĂRII MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

9. Funcţionarea monitoringului socio-igienic se va efectua în baza respectării următoarelor principii:

- caracterul multilateral, complex şi integrat al sistemului de monitorizare;
- continuitatea acumulării informaţiei în fiecare domeniu inclus in sistem;
- veridicitatea informaţiei utilizate;
- conformarea monitoringului acordurilor şi recomandărilor internaţionale.

10. La selectarea părţilor componente şi procedeelor utilizate se va ţine cont de necesitatea organică de respectare a următoarelor cerinţe:

¤ simplitatea, prin care se înţelege uşurinţa utilizării atât a sistemului în întregime, cât şi a subsistemelor, componentelor ei;
¤ flexibilitatea sau posibilitatea de a acomoda sistemul la necesităţile sau condiţiile cerute, care prevăd cheltuieli minime de timp, forţe umane şi resurse materiale;
¤ sensibilitatea sau posibilitatea sistemului de a depista acele fenomene, pentru care şi este creat;
¤ reprezentativitatea sau exactitatea reflectării de către sistem a fenomenului în spaţiu, timp şi volum;
¤ acceptabilitatea, care reflectă predispunerea şi dorinţa participanţilor (instituţiilor, organizaţiilor, persoanelor fizice) de a conlucra în cadrul sistemului;
¤ oportunitatea, prin care se înţelege prezenţa datelor la momentul luării deciziilor.

11. Corelaţiile cauză-efect între starea de sănătate a populaţiei şi factorii care o influenţează vor fi determinate în baza cercetărilor şi investigaţiilor de laborator (ca metode şi instrumente obiective de evaluare), rezultatelor activităţilor cotidiene şi celor mai avansate metode statistice şi de repartizare spaţială a fenomenelor.

IV. SARCINILE MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

12. Realizarea monitoringului socio-igienic va permite de a rezolva următoarele probleme:
¤ formarea şi utilizarea unui fond de resurse informaţionale (sistemului, reţelei, produselor, bazelor de date) necesare în calitate de suport informaţional la luarea deciziilor în această problemă;
¤ selectarea, examinarea, caracterizarea obiectivelor şi factorilor care afectează mediul etc.;
¤ determinarea fiecărei sarcini concrete, care urmează a fi rezolvată în procesul de monitorizare;
¤ utilizarea prioritară şi maximă a fondului deja existent de date în scopul determinat de necesităţile monitoringului;

¤ verificarea periodică a calității datelor acumulate și interpretarea lor numai după verificarea specială a informației de către experți (efectuarea auditului).

13. În procesul de funcționare a monitoringului vor fi efectuate modificări dictate de situația la moment și realizările științei și tehnicii de ultimă oră.

14. Realizarea monitorigului se va efectua în mod sistematic, insistent, la etapa inițială utilizându-se indicatorii verificați și recomandați de OMS. Extinderea listei de indicatori se va efectua în baza unui procedeu special, care va determina în prealabil valoarea fiecărui indicator nou-propus, veridicitatea informației pe care o prezintă și posibilitățile aplicării lui.

15. La determinarea problemelor prioritare pentru sănătate se vor lua în considerare acele stări morbide, care:

¤ sunt determinate de substanțele toxice, la care este expusă populația din teritoriul respectiv;

¤ prezintă pericol pentru grupuri mari de populație;

¤ pot fi supravegheate și dimensionate;

¤ servesc în calitate de indicatori precoci ai unor stări mai serioase de sănătate;

¤ sunt patologii de semnificație sporită socială, politică și economică;

¤ necesită cercetări mai profunde (prezintă valoare științifică);

¤ prezintă cauze de neliniște a societății.

16. Informația va fi acumulată și stocată în baza de date, care la etapa inițială poate fi de trei feluri:

¤ informația privind starea de sănătate, dependentă sau influențată de calitatea inferioară a factorilor de mediu sau de alți factori de risc;

¤ informația privind factorii de risc, inclusiv factorii sociali, calitatea factorilor de mediu; informația privind nivelul de expunere a populației la factorii de risc.

17. La solicitare (cu indicarea scopului și domeniului de utilizare), baza de date va fi accesibilă în mod gratuit pentru toate instituțiile și organizațiile participante la colectarea datelor.

Anexa nr. 2
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 717 din 7 iunie 2002

REGULAMENTUL
privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Prezentul Regulament stabileşte scopul, obiectivele şi modalitatea de efectuare a monitoringului socio-igienic şi de creare a fondului informaţional de date în acest domeniu.

2. Monitoringul socio-igienic (în continuare – monitoring) este un sistem de măsuri organizaţionale, medico-sociale şi ştiinţifico-tehnice, care asigură supravegherea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi calitatea mediului habitual al omului, precum şi analiza, estimarea şi pronosticarea indicilor care le caracterizează, determină interrelaţiile cauză-efect pentru elaborarea măsurilor orientate spre prevenirea, eliminarea sau reducerea impactului factorilor nocivi de mediu asupra Sănătăţii.

3. Monitoringul se efectuează la nivel local, inclusiv municipal şi naţional, în baza actelor normative legale, precum şi a normelor, regulamentelor şi recomandărilor igienice, regulamentelor antiepidemice.

4. Fondul informaţional de date al monitoringului prezintă o bază de date ce include indici de sănătate a populaţiei, indici socio-economici şi de calitate a mediului înconjurător şi ocupaţional, acumulaţi continuu de diverse structuri statale pe o perioadă îndelungată, multianuală, precum şi totalitatea actelor normative legale, materialelor informative în domeniul analizei, pronosticării şi determinării relaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi

impactul factorilor nocivi de mediu şi din sfera ocupaţională, precum şi a factorilor socio-economici defavorabili.

5. În procesul efectuării monitoringului se vor soluţiona următoarele sarcini:

a) crearea fondului informaţional naţional;

b) identificarea, în baza analizei sistematice şi estimării riscului, corelaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi acţiunea factorilor nocivi de mediu sau/şi factorilor socio-economici defavorabili, cu evaluarea riscului pentru sănătate;

c) asigurarea coordonării intersectoriale a activităţilor de realizare a monitoringului în scopul asigurării bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei, elaborării propunerilor pentru deciziile autorităţilor publice naţionale şi locale.

6. În cadrul monitoringului vor fi utilizate date referitoare la:

a) starea Sănătăţii populaţiei, acumulate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii;

b) factorii mediului de viaţă a omului, inclusiv biologici (microbiologici, virali, parazitologici), chimici, fizici (zgomot, vibraţie, ultrasunet, iradiere termică, ionizantă, neionizantă etc.), acumulaţi de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului;

c) factorii sociali (alimentaţia, aprovizionarea cu apă, condiţiile de trai, munca, odihna şi recrearea etc.), monitorizaţi de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale, Ministerului Economiei, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului, Ministerului Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerului Industriei şi Departamentului Statistică şi Sociologie;

d) factorii climaterici, sursele de poluare antropogenă a mediului, inclusiv aerul atmosferic, apele de suprafaţă şi subterane, solul, înregistrate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului şi Departamentului Statistică şi Sociologie etc.;

e) condiţiile de muncă, securitatea muncii şi factorii nocivi la locul de muncă, acumulate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii şi Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale etc.

7. Monitorizarea se va efectua prin:

a) supravegherea epidemiologică a sănătăţii populaţiei şi a calităţii mediului de viaţă;

b) colectarea, procesarea, sistematizarea şi stocarea informaţiei obţinute în procesul de supraveghere a sănătăţii populaţiei şi calităţii mediului de viaţă;

c) utilizarea bazelor de date ale tuturor ministerelor şi departamentelor despre sănătatea cetăţenilor şi ale stării mediului înconjurător, acumulate de structurile subordonate Ministerului Transporturilor şi Comunicaţiilor, Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului, Ministerului Justiţiei şi altor structuri cu destinaţie specială.

8. Efectuarea monitoringului asigură:

a) depistarea factorilor cu efect nociv asupra omului şi estimarea lor;

b) pronosticarea stării sănătăţii populaţiei şi stării mediului de viaţă;

c) determinarea activităţilor urgente şi de lungă durată în prevenirea şi eliminarea factorilor nocivi de mediu asupra sănătăţii populaţiei;

d) elaborarea deciziilor orientate spre realizarea măsurilor ce ţin de sănătatea populaţiei şi mediul lor de viaţă;

e) informarea operativă a Guvernului şi a altor autorităţi publice centrale, a autorităţilor administraţiei publice locale, întreprinderilor şi organizaţiilor, independent de forma de proprietate, a oganizaţiilor non-guvernamentale şi populaţiei despre starea sanitaro-epidemiologică şi problemele sănătăţii publice la moment.

II. MODALITATEA REALIZĂRII MONITORINGULUI.

9. Realizarea monitoringului la nivel naţional, în structurile municipale şi locale, se efectuează de către Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat, subordonat Ministerului Sănătăţii, ministerele şi departamentele interesate şi autorităţile administraţiei publice locale.

10. Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat, alte structuri ale Ministerului Sănătăţii, în comun cu organele publice locale, efectuează:

a) culegerea, stocarea, procesarea primară, evaluarea informaţiei obţinute în proces de realizare a monitoringului şi transmiterea ei în instituţiile centrale (Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrul Ştiinţifico-Practic de Sănătate Publică şi Management Sanitar etc.);

b) elaborarea propunerilor pentru organele publice locale în problemele asigurării sanitaro-epidemiologice a populaţiei în localităţile rurale si urbane.

Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, în comun cu alte instituţii abilitate, efectuează:

- administrarea şi suplimentarea continuă a bazei de date la nivel naţional;
- analiza datelor obţinute, determinarea corelaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi impactul factorilor nocivi de mediu şi factorii socio-economici defavorabili, pronosticarea dinamicii fenomenelor observate la nivel naţional;
- elaborarea propunerilor pentru organele de stat în problemele asigurării sanitaro-epidemiologice a populaţiei, în depistarea factorilor cu impact nociv asupra omului şi eliminarea acestora sau diminuarea influenţei lor nefaste.

11. Ministerul Sănătăţii:

a) asigură crearea, suplimentarea permanentă şi funcţionarea fondului informaţional naţional;

b) asigură suportul metodologic al monitoringului;

c) elaborează propuneri pentru organele puterii de stat cu scopul de a realiza măsurile de ocrotire a Sănătății şi mediului de viaţă al omului;

d) actualizează tehnologiile unificate de recepţionare şi transmitere a datelor pentru formarea fondului informaţional de stat.

12. Structura, volumul şi periodicitatea prezentării datelor (obţinute în procesul realizării monitoringului) în fondul informaţional de stat vor fi determinate de Ministerul Sănătății.

13. Prezentarea datelor (obţinute în procesul realizării monitoringului) în fondul informaţional de stat, schimbul de informaţie între organele puterii de stat, instituţiile şi organizaţiile participante în realizarea monitoringului se efectuează gratuit.

PARTEA a II-a

A. MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR DE ACTIVITATE A INSTITUŢIILOR DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Scopul lecţiei: a însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor ce reflectă activitatea CMF (centrelor medicilor de familie) în acordarea AMP (asistenţei medicale primare) populaţiei.

Argumentarea scopului

Asistenţa medicală primară (AMP) este definită de OMS drept asistenţă esenţială, fundamentală a stării de sănătate accesibilă la un preţ suportabil pentru ţară şi comunitate, realizabilă prin metode verificate practic şi ştiinţific şi accetabile social. Figura principală în AMP este medicul de familie. Una din activităţile de rutină ale medicului de familie este completarea documentaţiei de evidenţă, calcularea şi analiza indicatorilor de performanţă. În acest sens, medicul de familie raportează, analizează şi compară o serie de indicatori. Aceasta îi permite să monitorizeze modificările în stare de sănătate a populaţiei deservite, să depisteze problemele existente şi să-şi planifice mai bine activitatea.

Sarcinile instructiv-didactice

1. A cunoaşte structura şi principiile de activitate a CMF (centrelor medicilor de familie).
2. A cunoaşte regulile de completare a documentaţiei de evidenţă utilizată în activitatea CMF.
3. A însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor de activitate a CMF în baza formularului de dare de seamă. (f. nr. 30)

Întrebări de autocontrol

1. Numiți instituțiile în cadrul cărora se acordă asistență medicală primară.
2. Enumerați principiile organizatorice de activitate a CMF.
3. Enumerați sarcinile de bază în activitatea medicului de familie.
4. Care sunt compartimentele de lucru ale medicului de familie. Ce include fiecare compartiment?
5. Descrieți activitatea profilactică a medicului de familie.
6. Numiți elementele lucrului antiepidemic în activitatea medicilor de familie.
7. Numiți documentația de evidență utilizată în activitatea medicului de familie.
8. Numiți indicatorii de activitate a medicului de familie.
9. În ce scopuri sunt utilizate rezultatele analizei activității medicului de familie.

Deprinderi practice

1. A însuși regulile de completare și utilizare a documentației de evidență necesare pentru completarea dării de seamă privind activitatea CMF (f. 30).
2. A cunoaște metodele de calculare și analiză a indicatorilor de activitate a CMF și medicilor de familie.

Sarcini pentru lucrul individual

În baza datelor incluse în darea de seamă privind activitatea instituției medicale sanitare (f. 30), este necesar de:

1. A face o caracteristică generală a CMF și a calcula indicatorii de activitate:

a) Compartimentul I – personalul instituției.
b) Compartimentul II – activitatea instituției de AMP.

2. A analiza indicatorii, a-i compara cu indicatorii pe țară, formula concluzii și a le prezenta în formă scrisă.

3.

Lista de indicatori și metodologia de calcul *(f. nr.30)*

COMPARTIMENTUL I

PERSONALUL INSTITUȚIEI

1. **Completarea posturilor de medici de familie:**

$$= \frac{\text{numărul de posturi de medici din asistența medicală primară ocupate}}{\text{numărul de posturi de medici din AMP scriptice}} \times 100$$

Analogic se calculează completarea posturilor de asistente medicale.

2. **Asigurarea populației cu medici de familie:**

$$= \frac{\text{numărul de persoane fizice (lucrători de bază) în funcții ocupate din instituția de asistență medicală primară}}{\text{numărul de populație deservită}} \times 10\,000$$

COMPARTIMENTUL II

ANALIZA ACTIVITĂȚII INSTITUȚIEI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

1. **Numărul de vizite la medicul de familie:**

$$= \frac{\text{numărul total de vizite efectuate de către populație la medicul de familie}}{\text{numărul mediu de populație}}$$

2. Numărul de vizite efectuate de către copii la medicul de familie (0–18 ani):

numărul de vizite la medicul de familie efectuate de către copii (0–18 ani)

= ----------

numărul total de copii (0–18 ani) din zona deservită

Analogic se calculează asigurarea copiilor de 0–14 ani cu asistență medicală primară (numărul de vizite)

3. Proporția vizitelor la medicul de familie efectuate pe motiv de boală:

numărul de vizite efectuate pe motiv de boală

= ---------- x 100

numărul total de vizite

Analogic se calculează ponderea vizitelor pe motiv de boală la copii

4. Proporția vizitelor efectuate de medici de familie la domiciliu.

numărul de vizite efectuate de medicii de familie la domiciliu

= ---------- x 100

numărul total de vizite la medicii de familie

Analogic se calculează ponderea vizitelor la copii efectuate de medici la domiciliu

Examinările profilactice efectuate de instituția dată

1. Proporția persoanelor examinate în scopul depistării bolnavilor cu tuberculoză:

numărul de persoane examinate în scopul depistării tuberculoză

= ---------- x 100

numărul total de populație

2. Proporția persoanelor bolnave de tuberculoză.

$$= \frac{\text{numărul de bolnavi de tuberculoză}}{\text{numărul de persoane examinate la tuberculoză}} \times 100$$

3. Proporția femeilor examinate în scopul depistării tumorilor maligne.

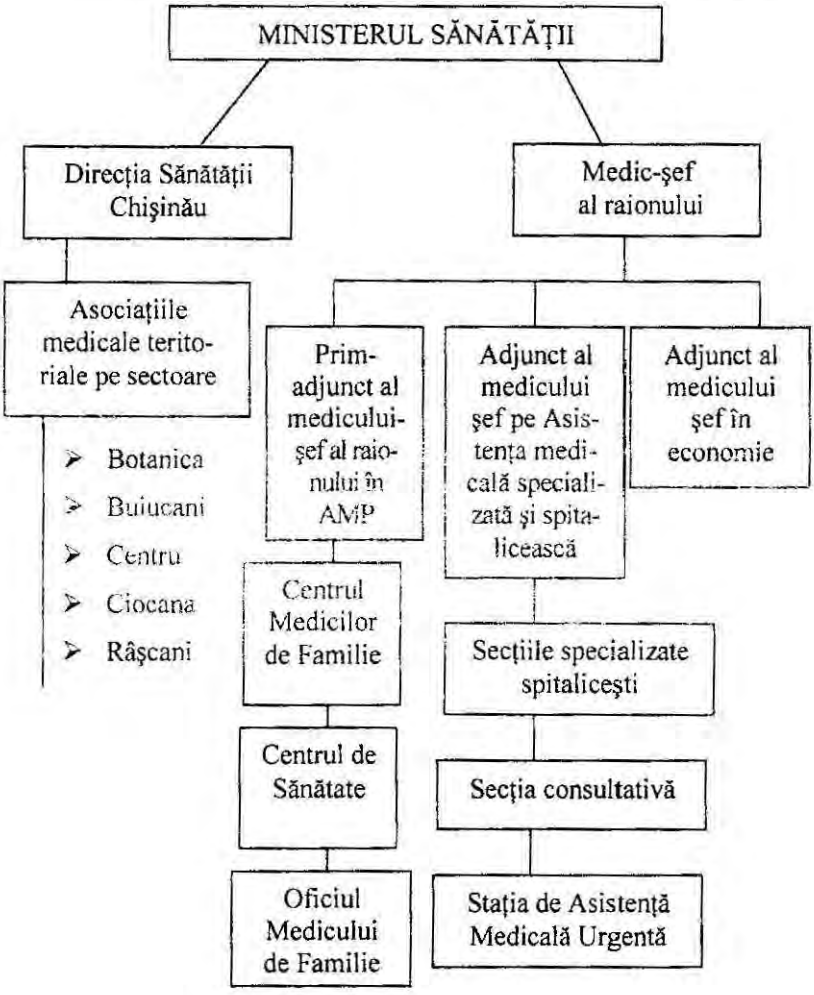
$$= \frac{\text{numărul de femei în vârstă de peste 35 ani, examinate în scopul depistării tumorilor maligne}}{\text{numărul total de femei de vârstă de peste 35 ani}} \times 100$$

4. Proporția persoanelor cu diagnosticul confirmat de tumoare malignă.

$$= \frac{\text{numărul de bolnavi cu diagnosticul confirmat de tumoare malignă}}{\text{numărul de persoane examinate în scopul depistării tumorii maligne}} \times 100$$

Analogic se calculează proporția persoanelor examinate în scopul depistării bolnavilor cu diagnosticul de sifilis, în scopul depistării bolnavilor cu tensiune intraoculară mărită.

Tema: ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE



Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR ACTIVITĂŢII STAŢIONARULUI

Scopul lecţiei: studierea regulilor de pregătire, întocmire a dărilor de seamă despre lucrul staţionarului; calcularea şi analiza indicilor activităţii anuale a staţionarului.

Argumentarea scopului

Orice instituţie curativo-profilactică prezintă anual darea de seamă despre lucrul efectuat. Alcătuirea acestei dări de seamă, calcularea şi analiza indicilor de activitate a spitalului permit să se aprecieze obiectiv rezultatele obţinute de instituţia respectivă.

În acelaş timp, se evidenţiază aspectele pozitive şi negative, experienţa şi lacunele, ce permit a concretiza planul de activitate pe anul curent şi în perspectivă, procesul de dirijare a activităţii instituţiei date. Completarea corectă a documentelor de evidenţă asigură autenticitatea informaţiei statistice din dările de seamă ale instituţiilor medicale. Viitorii medici trebuie să cunoască regulile de a completa formele de evidenţă, să alcătuiască şi să analizeze darea de seamă anuală a lucrului efectuat atât personal, cât şi de instituţia medicală în genere.

Sarcini instructiv - didactice

1. A cunoaşte formele şi principiile de organizare a asistenţei medicale a populaţiei.
2. A însuşi regulile de completare şi folosire a formelor documentare de evidenţă medicală pentru alcătuirea dării de seamă anuale a spitalului.
3. A studia şi însuşi metoda de calul şi analiză a indicilor de activitate a spitalului.

Întrebări de autocontrol

1. Descrieți nomenclatura actuală a instituțiilor curativo-profilactice din republică.

2. Care sunt principiile organizatorice ale asistenței medicale a populației?

3. De cine și pe baza cărei forme statistice se alcătuiește darea de seamă privind activitatea de staționar?

4. Enumerați subcompartimentele de bază ale dării de seamă anuale, referitoare la activitatea de staționar.

5. Pentru ce scopuri servesc rezultatele analizei dării de seamă a spitalului (compartimentul III).

6. Metoda de calcul și analiză a indicilor de utilizare a fondului de paturi. Ce factori influențează asupra valorilor lor?

7. Care indici determină calitatea și eficacitatea asistenței spitalicești și de ce depind valorile lor ?

Deprinderi practice

1. A însuși regulile de completare și utilizarea documentației de evidență necesare pentru completarea dării de seamă privind activitatea CMF (f.30).

2. A cunoaște metodele de calculare, analiză și a indicilor de activitate a CMF și medicilor de familie.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor dării de seamă anuale ale spitalului central raional sau orășenesc respectiv, conform numerarului de indici anexați mai jos și metodei lor de calcul, se cere:

- a lua cunoștință de caracteristica bazei tehnico-materiale a instituției după foaia titulară a dării de seamă;
- a calcula indicii ce caracterizează activitatea de staționar.

• a efectua analiza indicilor calculaţi, comparându-i cu cei medii pe republică, cu normele şi normativele în vigoare. Să se formuleze concluziile respective.

COMPARTIMENTUL III

ACTIVITATEA STAŢIONARULUI

1. Asigurarea populaţiei cu paturi =

$$= \frac{\text{numărul de paturi la finele anului gestionar}}{\text{numărul populaţiei raionului dat (la finele anului)}} \times 10\,000 =$$

2. Indicele utilizării patului în an =

$$= \frac{\text{numărul de zile pat}}{\text{numărul mediu de paturi în staţionar}} =$$

3. Ponderea populaţiei rurale spitalizate în staţionarul dat =

$$= \frac{\text{numărul de bolnavi spitalizaţi din localităţile rurale}}{\text{numărul total de bolnavi spitalizaţi în anul de gestiune}} \times 100 =$$

4. Durata medie de spitalizare (în medie pe spital) =

$$= \frac{\text{numărul de zile pat spitalizate}}{\text{numărul de bolnavi spitalizaţi (semisuma numărului de bolnavi internaţi, externaţi şi decedaţi}} =$$

5. Rulajul unui pat pe an =

$$= \frac{\text{numărul mediu de bolnavi trataţi în staţionar (semisuma bolnavilor internaţi, externaţi din staţioanr şi decedaţi)}}{\text{numărul de paturi medii - anuale}} =$$

6. **Letalitatea spitalicească (în total) =**

numărul de bolnavi decedaţi în staţionar

= ---------- x 100 =

numărul bolnavilor trataţi în staţionar (semisuma celor internaţi, externaţi şi decedaţi)

7. **Structura intervenţiilor efectuate după forme nozologice în staţionar (%)**

numărul de intervenţii efectuate pe sistemul nervos

= ---------- x 100 =

numărul de intervenţii efectuate în staţionar-total

Analogic se calculează proporţia pentru formele nozologice principale.

8. **Structura intervenţiilor efectuate în staţionar după vârsta bolnavilor (%)**

numărul intervenţiilor pe sistemul nervos la copii 0–14 ani 11 luni 29 zile

= ---------- x 100 =

numărul total de intervenţii pe sistemul nervos

Analogic se calculează proporţia pentru formele nozologice principale

9. **Letalitatea postoperatorică =**

numărul de bolnavi decedaţi după operaţie

= ---------- x 100 =

numărul total de bolnavi operaţi

10. **Ponderea bolnavilor transportaţi în staţionar după 24 ore de la debutul bolii =**

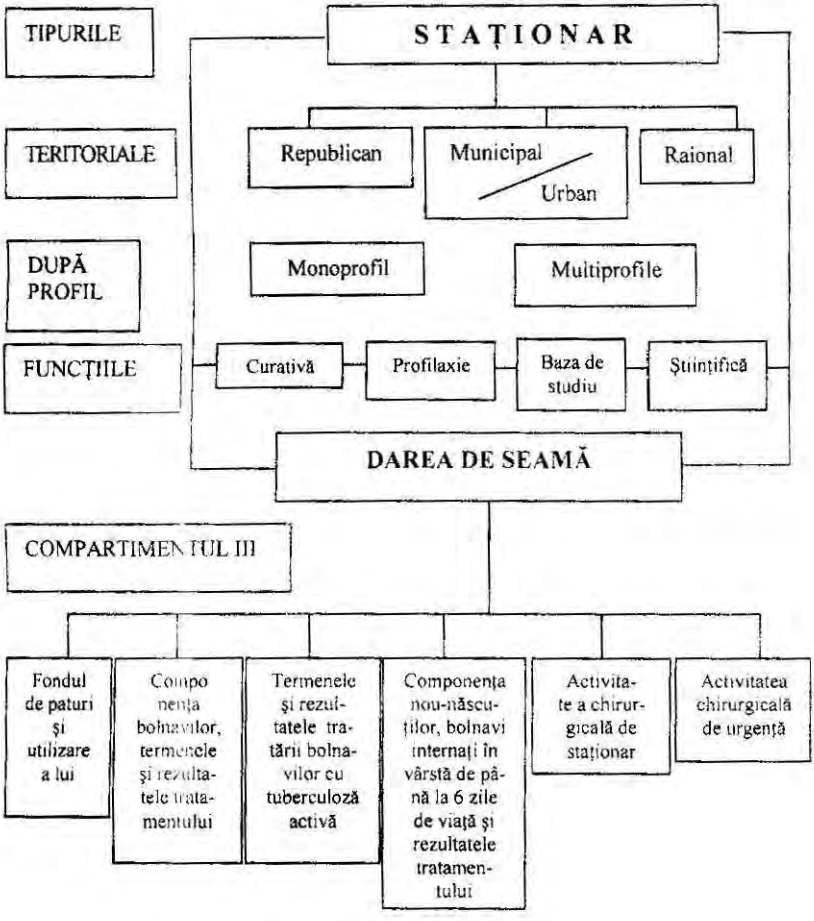
numărul de bolnavi transportaţi în staţionar după 24 ore de la debutul bolii cu apendicită acută

= ---------- x 100 =

numărul total de bolnavi transportaţi în staţionar

Analogic se calculează indicatorii respectivi după denumirea intervenţiei.

TEMA: Analiza şi evaluarea indiciilor activităţii staţionarului



Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR ASISTENŢEI MEDICALE ACORDATE GRAVIDELOR, PARTURIENTELOR, LĂUZELOR ŞI COPIILOR

Scopul lecţiei: a studia metodele de calcul şi analiză a indicilor activităţii medicului de familie şi centrelor perinatologice privind acordarea asistenţei medicale primare şi specializate gravidelor, parturientelor şi lăuzelor şi copiilor.

Argumentarea scopului

Centrele perinatologice constituie instituţiile de bază privind acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi nou-născuţilor. În plus, o parte importantă a activităţii medicului de familie este orientată spre acordarea asistenţei medicale gravidelor, lăuzelor şi copiilor.

Dările de seamă despre activitatea centrelor perinatologice şi a medicilor de familie în domeniul medical a contingentelor discutate se bazează pe evidenţa completă a activităţilor. Analiza dărilor de seamă constituie un „instrument" util în îmbunătăţirea calităţii serviciilor respective.

Analiza activităţii se efectuează în câteva etape. Iniţial se completează cu cifre absolute formularele de evidenţă: *nr.32* – asistenţa medicală a gravidelor; *nr.32-A* - asistenţa medicală a parturientelor şi lăuzelor; *nr.31* – asistenţa medicală copiilor. Ulterior, în baza cifrelor prezentate, se calculează şi se analizează indicatorii ce reflectă acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor. Indicatorii obţinuţi se compară cu cei din anul precedent şi cu cei generali pe ţară, astfel se pot depista atât lacunele, cât şi realizările în acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor, precum şi copiilor.

Sarcini instructiv-didactice

1. A cunoaşte formele şi metodele de organizare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor.

2. A însuşi regulile de completare a documentaţiei medicale în acest domeniu.

3. A însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor de activitate a medicului de familie şi centrului perinatologic în acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor (în baza formularelor de evidenţă nr.32, nr.32-A, şi nr.31)

Întrebări de autocontrol

1. Numiţi principiile de organizare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor.

2. Enumeraţi etapele de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor.

3. Ce include I etapă de acordare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor?

4. Ce include etapa a II-a de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor?

5. Ce include etapa a III-a de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor ?

6. Ce documentaţie operativă completează medicul de familie pentru acordarea asistenţei medicale femeilor şi copiilor?

7. Cum se realizează supravegherea copilului pe parcursul primului an de viaţă?

8. Cum se realizează supravegherea copiilor în vârstă de 2–7 ani?

9. Enumeraţi contingentele de gravide care necesită o atenţie deosebită.

10. Enumeraţi indicatorii ce caracterizează luarea la evidenţă a gravidelor de către medicul de familie.

11. Care este frecvenţa examinării gravidelor de către medicul de familie în cazul unei graviditâţi fiziologice (normale)?

12. Ce documentaţie se completează în instituţia medicală pentru gravide?

13. De câte ori pe parcursul graviditătii normale gravida trebuie să fie examinată de către obstetricianul-ginecolog?

14. Cum se efectuează supravegherea lăuzei de către medicul de familie şi obstetricianul ginecolog.

15. Cum se realizează acordarea asistenţei medicale femeilor cu boli ginecologice.

16. Centrele Perinatale. Funcţiile, tipurile. Criteriile sanitaro-igienice de bază în centrele perinatale.

17. Când şi cum se realizează pregătirea psiho-profilactică a gravidelor?

Deprinderi practice

1. A studia regulile de completare şi utilizare a documentaţiei medicale necesare pentru întocmirea dării de seamă (f. 32, 32 – A şi 31);

2. A studia metodele de calcul al indicatorilor ce reflectă acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în darea de seamă anuală (f. 32, 32A şi 31), este necesar:

1. A calcula indicii de bază în acordarea asistenţei medicale femeilor gravide, lăuzelor, parturientelor şi copiilor.

2. A analiza rezultatele obţinute şi a le compara cu indicii pe republică şi a formula scrie concluziile respective.

Analiza asistenței medicale acordată gravidelor (în baza formularului *nr.32*)

1. Luarea la evidență a gravidelor

Nr. de gravide luate sub supraveghere până la 12 săptămâni de graviditate

---------- x 100

Nr. total de gravide luate sub supraveghere

2. Ponderea avorturilor

Nr. de graviditați care s-au terminat cu avort

---------- x 100

Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

3. Proporția gravidelor consultate de ginecolog la 12 săptămâni.

Nr. de gravide consultate de ginecolog

---------- x 100

Nr. total de gravide aflate sub supraveghere în anul gestionar

În mod similar se calculează proporția gravidelor consultate de ginecolog la 30 săptămâni de sarcină.

4. Proporția gravidelor examinate ecografic la 18–21 săptămâni.

Nr. de gravide examinate ecografic la 18–21 săptămâni de sarcină

---------- x 100

Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

5. Proporția gravidelor la care au fost depistate patologii congenitale la examenul ecografic.

Nr. de gravide la care au fost depistate patologii congenitale

---------- x 100

Nr. total de gravide examinate ecografic

6. Proporția gravidelor ce suferă de gestoze tardive

Nr. de gravide ce suferă de gestoze tardive

---------- x 100

Nr. total de gravide aflate sub supraveghere în anul gestionar

În mod similar se calculează proporția gravidelor cu anemii și diabet zaharat.

7. Proporţia gravidelor care fac parte din grupul de risc cu patologie somatică.

Nr. de gravide din grupul de risc cu patologie somatică
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

Analogic se calculează proporţia gravidelor care fac parte din grupele de risc cu patologie obstetricală şi cu caracter social.

ANALIZA ASISTENŢEI MEDICALE ACORDATĂ PARTURIENTELOR ŞI LĂUZELOR
(în baza formularului *nr.32–A)*

1. **Proporţia naşterilor la termen**

Nr. de naşteri la termen
---------- x 100
Nr. de naşteri la termen + nr. de naşteri înainte de termen

Analogic se calculează proporţia naşterilor premature.

2. **Proporţia naşterilor în afara maternităţii.**

Nr. de naşteri în afara maternităţii
---------- x 100
Nr. total de naşteri

3. **Proporţia naşterilor cu greutate mică la naştere (sub 2500 g).**

Nr. de nou-născuţi cu greutatea mai mică de 2500 g.
---------- x 100
Nr. total de nou-născuţi

4. **Proporţia nou-născuţilor care au fost aplicaţi la sân în primele 2 ore de viaţă.**

Nr. de nou-născuţi aplicaţi la sân în primele 2 ore
---------- x 100
Nr. total de nou-născuţi

5. **Mortinatalitatea**

Nr. de născuţi morţi
---------- x 1000
Nr. de născuţi vii şi morţi

6. Mortalitatea neonatală precoce.

Nr. de nou-născuţi decedaţi în primele 6 zile de viaţă
---------- x 1000
Nr. de copii născuţi vii

7. Mortalitatea perinatală

Nr. de născuţi morţi + nr. de copii decedaţi în primele 0–6 zile
---------- x 1000
Nr. de copii născuţi vii şi morţi

8. Morbiditatea nou-născuţilor

Nr. de nou-născuţi bolnavi
---------- x 1000
Nr. de copii născuţi vii

ANALIZA ASISTENŢEI MEDICALE ACORDATĂ COPIILOR

(în baza formularului *nr. 31*)

1. **Supravegherea copiilor sub 1 an de către medicul de familie.**

Nr. de copii sub 1 an aflaţi sub supraveghere la finele anului gestionar
---------- x 100
Nr. total de copii sub 1 an

2. **Cuprinderea copiilor până la 17 ani cu examene profilactice.**

Nr. de copii sub 17 ani examinaţi
---------- x 100
Nr. de copii de aceaşi vârstă care necesită examinări

3. **Proporţia copiilor până la 17 ani depistaţi cu scolioză**

Nr. de copii sub 17 ani la care a fost depistată scolioza
---------- x 100
Nr. de copii până la 17 ani examinaţi

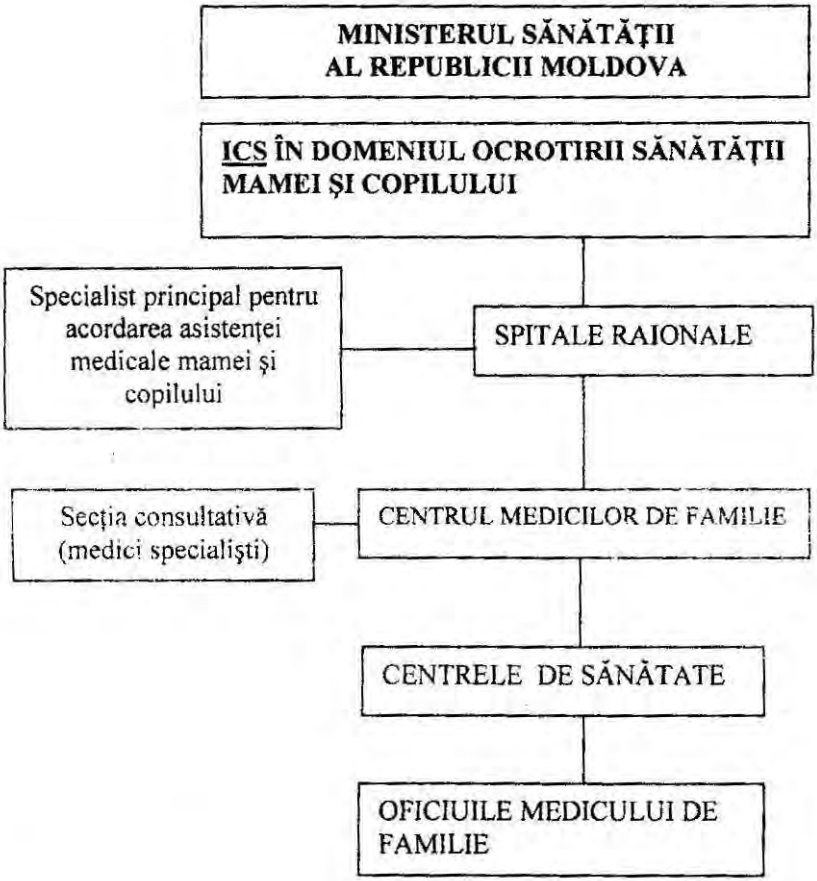
În mod analogic se calculează proporţia copiilor cu acuitate auditivă şi vizuală scăzută, tulburări de vorbire etc.

4. **Mortalitatea copiilor în primul an de viaţă** (mortalitatea infantilă).

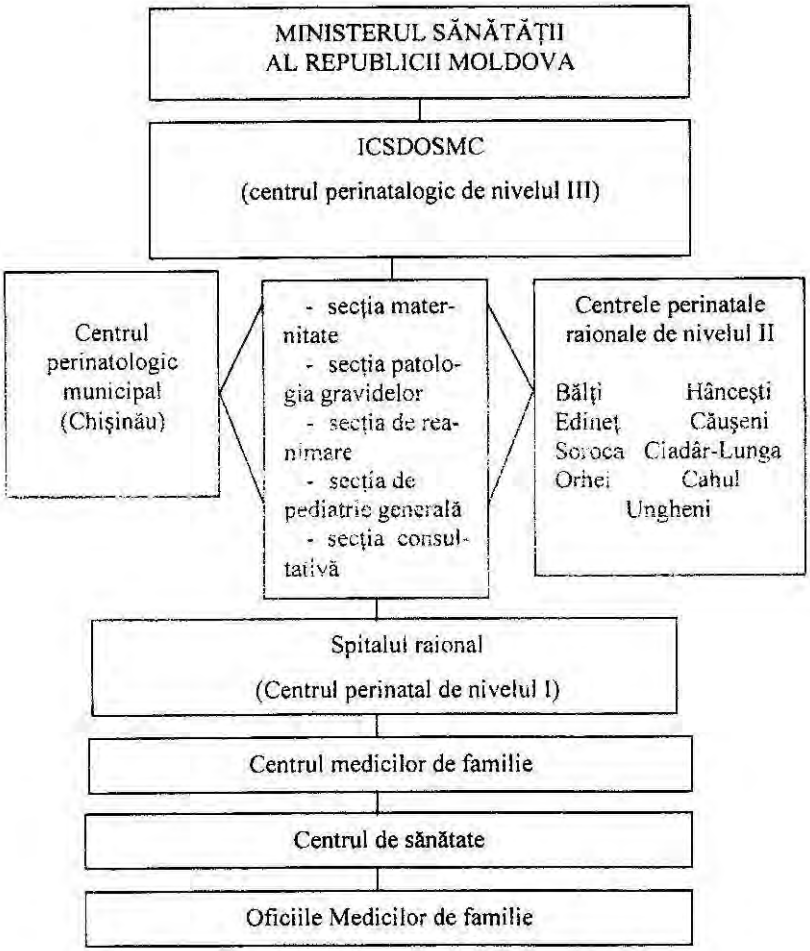
$$\frac{\text{Nr.de copii decedaţi în primul an de viaţă}}{\text{Nr. de copii în primul an de viaţă aflaţi sub supraveghere}} \times 1000$$

În mod analogic se calculează mortalitatea copiilor sub 5 ani (4 ani, 11 luni, 29 zile).

Tema: ORGANIZAREA ACORDĂRII ASISTENȚEI MEDICALE COPIILOR



Tema: ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE FEMEILOR



Tema: EXPERTIZA MEDICALĂ A VITALITĂŢII

Scopul lecţiei practice: studierea principiilor organizării expertizei medicale a vitalităţii temporare şi permanente.

Argumentarea scopului

Medicul rezolvă zilnic o serie de probleme, ce au legătură directă cu determinarea şi stabilirea capacităţii de muncă a bolnavilor. Aceste probleme se referă la: capacitatea bolnavului de a munci sau nu şi pe ce termen; gradul de incapacitate a muncii (totală sau parţială); funcţiile de muncă accesibile bolnavului. Medicului îi revine cea mai mare parte a lucrului în această direcţie. Capacitatea de muncă la ⅔ din numărul bolnavilor se restabileşte în timp de 6 zile, adică în perioada când medicul are dreptul de a elibera personal certificatul de concediu medical. Medicul curativ prezintă bolnavii la consultaţiile specialiştilor pentru a determina necesitatea de a prelungi tratamentul şi a certificatului medical, îndreptarea la comisia medicală de expertiză a capacităţii de muncă. Acest drept îi obligă pe medici să cunoască bazele expertizei medicale.

În afară de aceasta, de la medic se cere a avea o poziţie individuală faţă de bolnav, să ia în considerare nu numai caracterul şi durata bolii, dar şi profesia, condiţiile de lucru şi de trai ale pacientului.

Expertiza medicală a vitalităţii permanente este un sector important în activitatea mediului, legat de cercetarea capacităţii de muncă a omului, efectuată în scopul determinării gradului şi duratei incapacităţii de muncă.

În practica medicilor de toate specialităţile acestora li se întâmplă des să ia anumite măsuri cu privire la pierderea capacităţii de muncă, în general, sau numai privind cea profesională, să determine gradul şi durata incapacităţii de muncă, apărută la om ca rezultat al bolii, accidentului sau din alte cauze, ce nu-i permit persoanei date să exercite ocupaţia profesională sau să munciască în general.

Aşadar, studierea minuţioasă şi însuşirea temei de faţă de către viitorii medici le va permite să efectueze concret expertiza medicală a vitalităţii.

Sarcini instructiv-didactice

1. A însuşi principiile şi sarcinile expertizei medicale a vitalităţii, structura şi funcţiile instituţiilor ce înfăptuiesc această expertiză, funcţiile medicilor din aceste instituţii.

2. A studia regulile eliberării certificatului de concediu medical în caz de pierdere a capacităţii de muncă.

3. A memoriza sarcinile de bază ale CEMV, componenţa, structura, funcţiile.

4. A determina ordinea expertizei incapacităţii definitive şi metoda de a stabili gradul de invaliditate şi indicaţiile pentru determinarea grupelor de invaliditate (I, II, III).

5. A însuşi ordinea eliberării deciziilor medicale pentru copii invalizi din până la vârsta de 16 ani.

Întrebări pentru autocontrol

1. Pentru ce e necesară cunoaşterea de către medic a expertizei medicale a vitalităţii?

2. Principiile de bază ale expertizei medicale a vitalităţii.

3. Ce probleme soluţionează expertiza medicală a capacităţii de muncă?

4. Ce feluri de pierdere a capacităţii de muncă cunoaşteţi?

5. Cine efectuează expertiza medicală a incapacităţii de muncă?

6. Unde şi când este organizată CMC? Componenţa şi funcţiile ei de bază ?

7. În ce cazuri de incapacitate temporară a muncii sunt eliberate certificate de concediu medical?

8. Cum se efectuează eliberarea, păstrarea şi evidenţa formularelor certificatelor de concediu medical în instituţiile ocrotirii sănătăţii?

9. Care este ordinea îndreptării bolnavilor la consiliul medical consultativ?

10. Pentru care termen maxim este eliberat certificatul de concediu medical în funcţie de cauza ce a condus la pierderea capacităţii de muncă şi de funcţia lucrătorului medical?

11. Care este ordinea eliberării certificatului de concediu medical la ieşirea bolnavului din staţionar?

12. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de carantină?

13. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de îngrijire a copilului bolnav sau altui membru al familiei?

14. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de graviditate, naştere normală şi patologică?

15. Ce importanţă are certificatul de concediu medical?

16. Cine are dreptul de a elibera certificatul de concediu medical?

17. Care este ordinea şi termenul eliberării certificatului de concediu medical în caz de traumă?

18. Cum se eliberează certificatul de concediu medical persoanelor aflate în deplasare şi persoanelor din alte localităţi?

19. Care este ordinea completări şi termenul de eliberare a certificatului de concediu medical în caz de avort?

20. Enumeraţi regulile de exprimare a incapacităţii de muncă în caz de îndreptare a pacientului la tratament sanatorial.

21. Care este ordinea eliberării şi completării certificatului de concediu medical în caz de beţie?

22. Cum şi pentru ce termen se eliberează certificatul de concediu medical pensionarilor (pe vârstă sau invaliditate) ce lucrează?

23. Care sunt regulile principale de completare a certificatului de concediu medical?

24. Ce responsabilitate au medicii pentru completarea sau eliberarea eronată a certificatului de concediu medical?

25. Ce tipuri de CEMV cunoaşteţi, în funcţie de profilul de lucru?

26. Care sunt indicaţiile şi ordinea îndreptării bolnavilor la CEMV?

27. Numiţi grupele de invaliditate şi indicaţiile pentru determinarea lor?

28. Care sunt cauzele principale ale invalidităţii?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte funcţiile medicilor instituţiilor medicale ce se ocupă cu expertiza vitalităţii, instrucţiile principale despre ordinea eliberării certificatului de concediu medical.

2. A determina termenul de eliberare a certificatelor de concediu medical în funcţie de cazurile ce au condus la pierderea capacităţii de muncă.

3. A însuşi principiile de eliberare şi completare a certificatelor de concediu medical.

4. A îndeplini corect certificatul medical.

5. Determinarea indicaţiilor pentru îndreptarea la CEMV şi stabilirea invalidităţii.

6. A perfecta decizia medicală pentru copilul-invalid (adolescent) din copilărie până la 16 ani.

Sarcini pentru studiul individual

Fiecare student e obligat să rezolve 1–2 variante probleme-expertiză a vitalităţii, să determine care document justifică incapacitatea de muncă şi să poată completa corect formularele respective.

Varianta 1

Muncitoarea „S", aflându-se în concediu neplătit, a fost bolnavă de anghină în decurs de 5 zile. Are ea oare dreptul de primi certificat de concediu medical ?

Varianta 2

Funcționarei „V" la 30 august i s-a efectuat un avort. În legătură cu complicațiile suferite, pacienta la 9 septembrie s-a adresat în CMF pentru femei, iar la 17 septembrie e internată în secția de ginecologie, în acelaș timp, la domiciliu a rămas un copil de 2 ani, care se află sub supravegherea tatălui. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a pacientei și organizarea îngrijirii copilului?

Varianta 3

Cetățeanca „*A*" a înfiat un copil nou-născut nemijlocit din maternitate. Are oare cetățeanca „*A*" dreptul de a primi certificatul de concediu medical și pentru ce termen?

Varianta 4

Invalidul de grupa III ce lucrează a fost incapabil de muncă în decurs de 3 luni (de la 3.II până la 6.V) în legătură cu boala hipertonică. În același an, de pe data de 1.IV până la 30.IV, a fost din nou incapabil de muncă în legătură cu criza hipertonică. Tot în același an, de la 20.XII până la 29.XII, a fost bolnav de gripă. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Pentru ce termen se eliberează certificat de concediu medical invalizilor ce lucrează ?

Varianta 5

Bolnavul „S" s-a aflat în staţionarul spitalului central raional în legătură cu acutizarea bolii ulceroase de pe data de 16.III până la 10.IV. A fost externat din spital, însă după starea sănătăţii este incapabil de muncă şi are nevoie de tratament în CMF la locul de trai. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă ? Pentru ce termen maxim după externarea din staţionar se poate prelungi certificatul de concediu medical ?

Varianta 6

Electricianul „M" lucrează în schimbul III. În seara de 15.XI a simţit dureri în regiunea inimii şi a chemat „Ambulanţa" la domiciliu. Medicul de serviciu a găsit de cuviinţă să-l elibereze de la muncă în schimbul de noapte şi dimineaţa să se prezinte la CMF. Bolnavul s-a adresat la CMF numai la 17.XI, luni. Medicul l-a considerat capabil de muncă. Pe data de 16.XI şi 17.XI electricianul nu s-a prezentat la serviciu. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă ? În ce cazuri se eliberează certificatul de concediu medical pentru zilele trecute ?

Varianta 7

Funcţionarul „C", aflându-se în concediu sindical, a fost traumat la domiciliu şi a fost incapabil de muncă 9 zile (de la 15.IV până la 23.IV). Cum se va formula incapacitatea sa de muncă ? Are oare dreptul pacientul la prelungirea concediului şi pentru ce termen?

Varianta 8

Lucrătorul „L", care până la 20.IV se afla în concediu sindical, la 13.IV i s-a îmbolnăvit copilul în vârstă de 4 ani cu diagnosticul „gripă", copilul a fost tratat la domiciliu timp de 6 zile. La 30.IV

copilul s-a îmbolnăvit din nou. Medicul a pus diagnosticul „pneumonie" şi i-a propus mamei spitalizarea copilului, însă mama a refuzat. Peste 3 zile, în legătură cu agravarea stării sănătăţii, copilul a fost internat în spital împreună cu mama şi s-a aflat în staţionar 10 zile. După 10 zile de spitalizare starea sănătăţii acestuia a devenit suficientă. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a lucrătoarei L. şi organizarea îngrijirii copilului ?

Varianta 9

Funcţionarului „T", ce suferă de boală ulceroasă, i s-a eliberat de către sindicat foaie de tratament balneoclimateric la Esentuki, cu 30 % din plată din preţ pe 26 zile (de la 9.X. până la 3.XI); concediul sindical (18 zile) în anul curent n-a fost folosit. Drumul până la sanatoriu şi înapoi durează 4 zile. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea completării certificatelor de concediu medical în caz de incapacitate a muncii în legătură cu tratamentul balneoclimaterice?

Varianta 10

Economistul „G", aflându-se în deplasare, s-a îmbolnăvit de gripă, care s-a complicat cu pneumonie. A fost bolnav 15 zile.

Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea completării certificatului de concediu medical bolnavilor ce se află în deplasări?

Varianta 11

În timpul concediului sindical, lucrătoarei „S" i s-a îmbolnăvit copilul, cu care s-a aflat în staţionar 18 zile. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a lucrătoarei. Are oare dumneaei dreptul la prelungirea concediului sindical ?

Varianta 12

Muncitorul „I" în drum spre lucru a suferit o traumă. Asistența medicală urgentă i-a fost acordată la punctul traumatologic apropiat. Muncitorul a fost incapabil de muncă de la 1.VI până la 27.VI. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Are oare dreptul medicul punctului traumatologic să-i elibereze certificat de concediu medical şi pentru ce termen?

Varianta 13

Funcționarul „C", în decursul a 35 zile, s-a aflat la protezare în staționarul instituției de protezare şi ortopedie. Are dumnealui dreptul de a primi certificat de concediu medical şi pentru ce termen?

Varianta 14

Mecanizatorul „P", de la 25.IV până la 20.V, a fost tratat de către medicul de familie din ONF. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea eliberării certificatului de concediul medical în oficiile medicilor de familie cu un singur medic?

Varianta 15

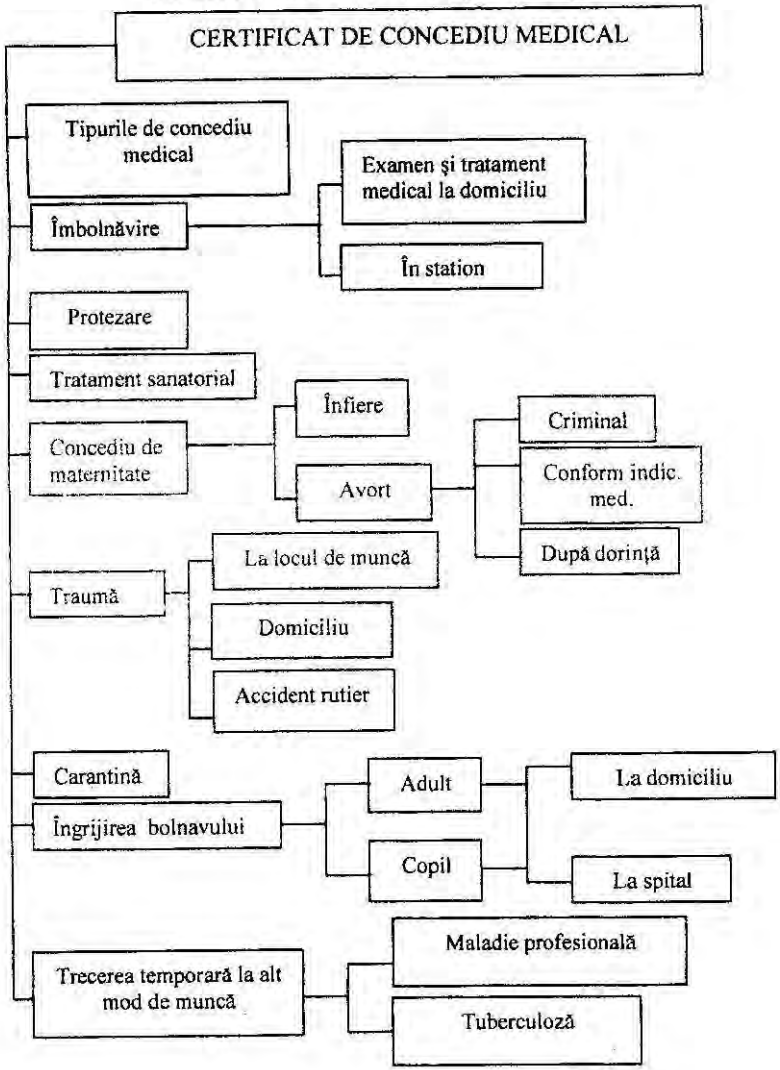
În grădinița de copii, pe care o frecventează copilul „V" în vârstă de 4 ani, a fost instalată carantină în legătură cu rugeolă. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a mamei sale ?

Varianta 16

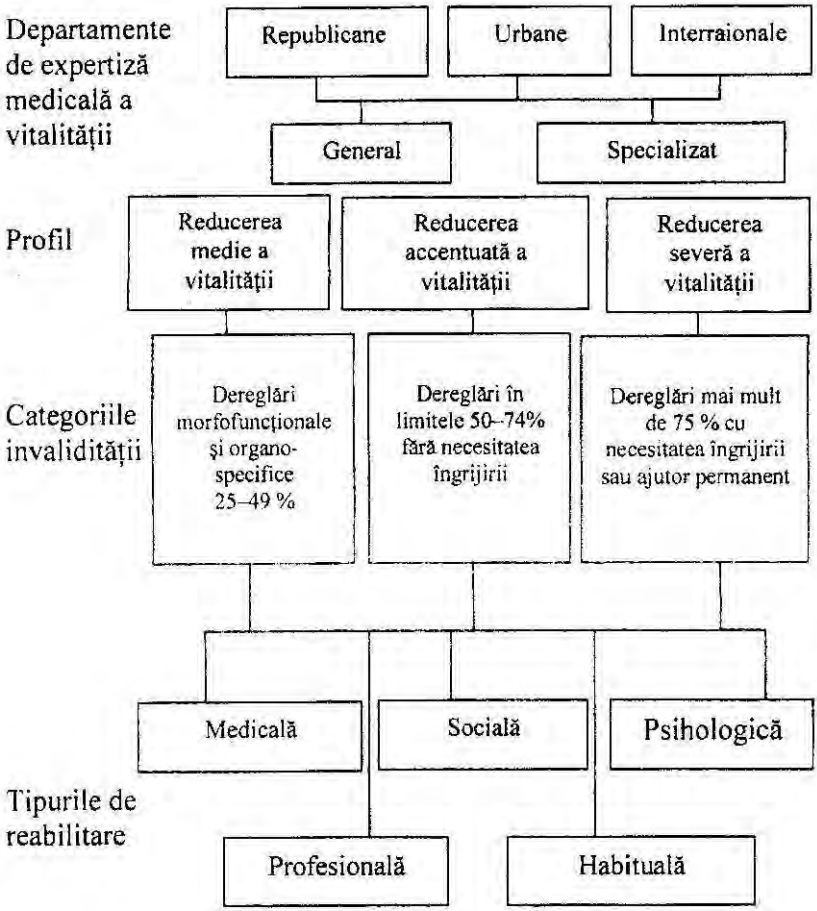
Muncitorul „I" în legătură cu fractura femurului a fost incapabil de muncă în decurs de 7 luni (de la 15. I până la 15. VIII). Cum va fi perfectată incapacitatea muncii ? La ce termen bolnavii sunt îndreptați la comisia medicală de expertiză a incapacității muncii? Pentru ce termen se păstrează locul de serviciu pentru lucrător în corespundere cu legea despre muncă ?

Tema: EXPERTIZA MEDICALĂ A VITALITĂȚII

A. Reducerea vitalității temporare



B. Reducerea vitalității permanente



Tema: PLANIFICAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII

Scopul lecţiei practice: a studia principiile şi bazele planificării şi metodica alcătuirii planului de dezvoltare a sistemului sănătăţi.

Întrebări pentru autocontrol

1. Principiile şi metodele planificării sistemului sănătăţii.
2. Tipurile planurilor de dezvoltare a sistemului sănătăţii.
3. Compartimentele şi indicii planului sistemului sănătăţii, unităţile de măsură.
4. „Normele" şi „normativele" în sistemul sănătăţii, exemple.
5. Care este baza determinării asigurării populaţiei cu asistenţă de ambulator şi staţionar.
6. Ce date sunt necesare în alcătuirea planului sistemului sănătăţii pentru perspectivă.
7. Cum se determină necesitatea populaţiei privind asistenţa de ambulator în policlinică?
8. Cum se determină necesitatea populaţiei vizând asistenţa de ambulator în staţionar?
9. Cum se determină necesitatea posturilor de medici în staţionar?
10. Cum se determină necesitatea în posturi de medici pentru activitatea în instituţiile de ambulator şi policlinică?
11. Ce reprezintă funcţia de medic?
12. Care sunt etapele planificării strategice?
13. Care sunt aspectele de bază ce trebuie elucidate în cadrul analizei mediului extern şi intern al instituţiei medicale?
14. Enumeraţi cerinţele de bază faţă de etapa de implementare şi evaluare a planului strategic.

Argumentarea scopului

Studierea bazelor planificării sistemului sănătăţii e necesară din considerentul că, în condiţiile progresului tehnico-ştiinţific, fiecare medic, indiferent de faptul unde îşi face serviciul în orice postură, e obligat să analizeze şi să planifice activitatea sa.

De decizia acestuia depinde eficacitatea şi ameliorarea sistemului sănătăţii populaţiei.

Planificarea este un proces ce activează permanent în ramura sistemului sănătăţii pentru diferite forme de organizare a asistenţei medicale populaţiei, orientată spre coordonarea eficienţă a tuturor resurselor naţionale ce influenţează asupra sănătăţii populaţiei.

Viitorii medici specialişti, ţinând cont de posibilitatea potenţială a fiecăruia din ei de a fi conducătorul circumscripţiei medicale, al unei subunităţi structurale a spitalului sau a instituţiei medicale la orice nivel ierarhic, fără cunoaşterea bazelor planificării sistemului sănătăţii, nu vor putea îndeplini obligaţiunile lor funcţionale.

În noile condiţii de gestionare a sistemului de sănătate este important ca fiecare instituţie medicală să-şi elaboreze şi să implementeze în practică planuri strategice de dezvoltare, care să răspundă schimbărilor mediului extern şi intern al organizaţiei medicale.

Sarcini instructiv - didactice

1. a cunoaşte principiile şi metodele planificării şi implementarea lor în practica sistemului sănătăţii.
2. a însuşi metodologia de elaborare a planului sistemului sănătăţii teritorial, de ramură, curent şi pentru perspectivă.
3. a însuşi calcularea şi aprecierea indicatorilor planului de dezvoltare a sistemului sănătăţii în baza unui exemplu concret.
4. a însuşi aspectele organizatorice şi metodologia de elaborare a planului strategic de dezvoltare a instituţiilor medico-sanitare.

Deprinderi practice

1. a însuşi metodica alcătuirii planurilor sistemului sănătăţii teritoriale curente şi în perspectivă.

2. a deprinde folosirea normelor, normativelor şi altor metode pentru calcularea indicilor planului instituţiei medicale în perspectivă.

3. a însuşi metodele de elaborare şi implementare a planurilor strategice.

Sarcini pentru studiul individual

În baza indicilor în variantele respective ce e necesar:

1. A determina capacitatea totală a spitalului central raional (prin metoda analitică şi de normativ), cât şi capacitatea secţiilor de terapie, chirurgie, ginecologie, otorinolaringologie şi dermatovenerologie cu folosirea normativelor corespunzătoare, ţinându-se cont, ca în perspectivă asistenţa de staţionar populaţiei rurale va fi concentrată în spitalul central raional.

2. A determina numărul planificat de zile-paturi atât pentru spital în întregime, cât şi pentru secţii de profil aparte.

3. A determina numărul planificat de adresări la instituţiile de ambulator raionale.

4. A determina necesitatea în medici pentru lucru în staţionarul spitalului raional, în instituţiile de ambulator, serviciile auxiliare şi aparatului administrativ.

La îndeplinirea problemei e necesar de a folosi următoarele date auxiliare:

1. Nivelul morbidităţii conform adresabilităţii după ajutor medical, normativul asigurării populaţiei rurale cu asistenţă de staţionar în perspectivă şi state normative.

2. Necesitatea populaţiei în asistenţă de staţionar, utilizarea anuală a unui pat pe specialităţi, norma sarcinii postului de medic în staţionar pentru o oră de lucru în instituţiile de ambulator şi policlinică (lectorul numeşte datele).

3. Informaţiile referitoare la dezvoltarea socială şi economică a teritoriilor administrative, unde este amplasată instituţia medico-sanitară.

Varianta 1

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 75000 oameni, inclusiv în centrul raional – 18000 oameni.

Varianta 2

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 85000 oameni, inclusiv în centrul raional – 25000 locuitori.

Varianta 3

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 78000 oameni, inclusiv în centrul raional – 20000 locuitori.

Varianta 4

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 72 000 oameni, inclusiv în centrul raional – 19 000 locuitori.

Varianta 5

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 70 000 oameni, inclusiv în centrul raional – 16 000 locuitori.

Varianta 6

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 82000 oameni, inclusiv în centrul raional – 24 000 locuitori.

Varianta 7

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 77000 oameni, inclusiv în centrul raional – 21 000 locuitori.

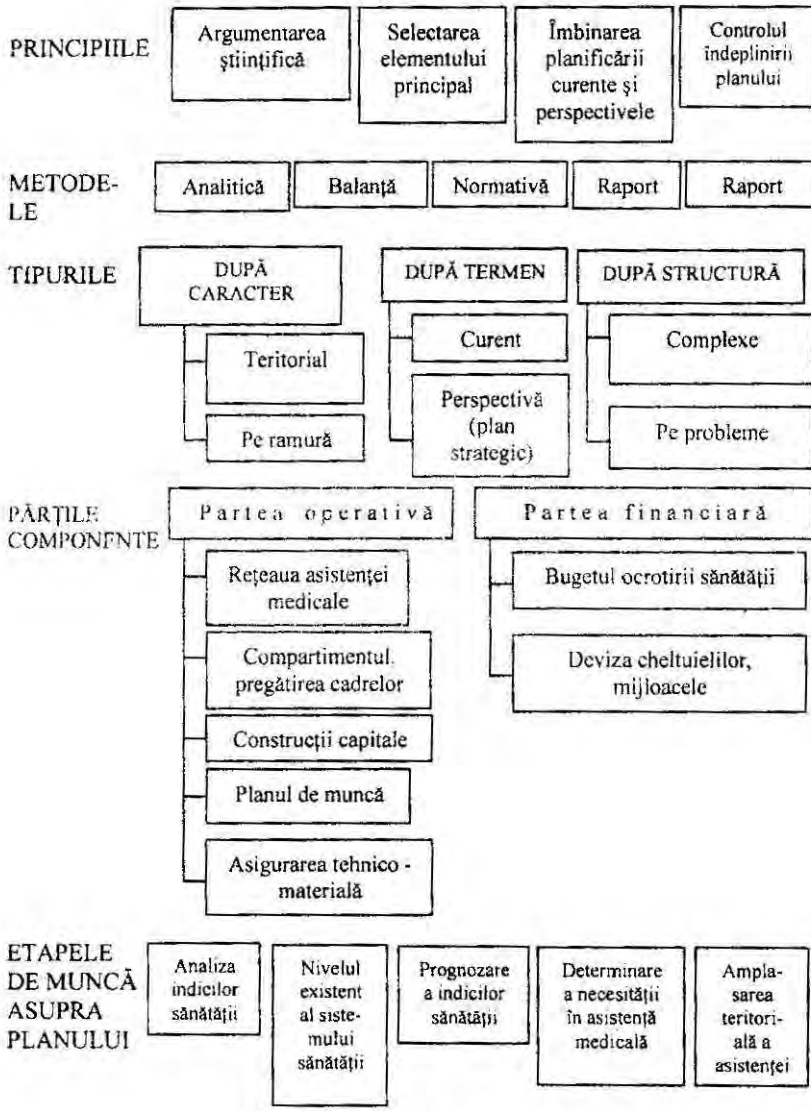
Varianta 8

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 79000 oameni, inclusiv în centrul raional – 22 000 locuitori.

Varianta 9

A elabora structura planului strategic de dezvoltare a instituţiei medico-sanitare publice „Spitalul raional H." Cu populaţia de 132 000 locuitori, inclusiv în centrul raional 25 000 locuitori, pentru o perioadă de 10 ani. Se va avea în vedere schimbările în finanţarea şi gestionarea serviciilor de sănătate, precum şi prognozele dezvoltării economice şi sociale a teritoriului.

Tema: PLANIFICAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII



Tema: ECONOMIA SANITARĂ ŞI MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE

Scopul lecţiei practice: utilizarea tehnicilor economiei sanitare şi a Managementului financiar în evaluarea serviciilor de sănătate.

Argumentarea scopului

Ştiinţele economice se ocupă în special cu analiza şi evaluarea serviciilor efectuate în condiţiile de finanţare limitată. Luând în considerare starea social-economică din ţară şi posibilităţile limitate de finanţare a sistemului de sănătate, un rol important în activitatea viitorilor medici, precum şi a cadrelor medicale de conducere, îl au nivelul de cunoştinţe şi deprinderile practice ce ţin de analiza şi evaluarea economico-financiară a instituţiilor medico-sanitare publice. Însemnătatea acestor activităţi în cea mai mare parte rezultă din necesitatea de a practica efectul în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală şi autonomiei instituţiilor medicale ce prevede, în primul rând, crearea bunurilor şi utilizarea raţională a resurselor, orientate spre ameliorarea sănătăţii populaţiei.

Sarcini instructiv-metodice

1. Însuşirea noţiunilor de bază ale economiei sanitare utilizate pentru ameliorarea sănătăţii populaţiei.
2. Cunoaşterea particularităţilor şi a principiilor economiei de piaţă aplicate în sistemul de sănătate.
3. Însuşirea noţiunilor de management financiar.
4. Cunoaşterea principiilor de bază ale managementului financiar.
5. Studierea şi analiza metodelor de plată şi evaluarea economico-financiară în sănătate.

Întrebări pentru autocontrol

1. Definiția economiei.
2. Caracteristicile generale ale economiei în sănătate.
3. Sistemele economice.
4. Definiția cererii. Factorii ce influențează cererea.
5. Definiția ofertei. Factorii ce influențează oferta.
6. Caracteristica serviciilor de sănătate din punct de vedere al economiei.
7. Evidențiați factorul principal ce realizează echilibrul dintre cerere și ofertă.
8. Enumerați condițiile de bază ale funcționării mecanismului economiei de piață.
9. Care sunt rolurile principale ale Managementului pieții. Tipurile de contract?
10. Caracteristicile generale ale evaluării economice.
11. Ce reprezintă costul serviciilor de sănătate?
12. Cum pot fi clasificate costurile în funcție de comportamentul lor. Tipurile de costuri în sănătate.
13. Etapele de calculare a costurilor.
14. Aspectele principale (tehnici) de evaluare a economiei în sănătate.
15. Ce se subînțelege prin analiza?

a) de minimizare a costurilor;
b) cost-eficacitate;
c) cost-utilitate;
d) cost-beneficiu.

16. Prin ce se caracterizează complexitatea Managementului financiar în sănătate?
17. Principiile de bază ale managementului financiar în sănătate.
18. Definiția bugetului. Enumerați componentele din care este alcătuit Bugetul
19. Enumerați metodele (metodologia) de plată ale serviciilor de sănătate și caracteristica lor.

20. Modalităţile principale de finanţare în sistemul de sănătate.

21. Particularităţile de finanţare a serviciilor de sănătate în Moldova:

a) din bugetul de Stat;
b) prin asigurări obligatorii de asistenţă medicală;
c) prin asigurări private;
d) prin plăţi directe;
e) finanţare comunitară.

22. Care sunt criteriile ce determină o finanţare mai eficientă în sănătate.

23. Principalele tipuri de plată a serviciilor medicale şi caracteristica lor:

a) per serviciu;
b) per capita;
c) per caz;
d) per zi;
e) prin salariu.

24. Caracteristica finanţelor sistemului de sănătate din Moldova în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.

25 Bugetul global şi caracteristicile lui. Articolele de cheltuieli în sănătate.

Sarcini pentru activitatea individuală

Grupul de studenţi determină eficacitatea economică a metodei de dispensarizare a deservirii medicale a bolnavilor. Fiecare student rezolvă un fragment (variantă) din 1-a problemă, iar rezultatele obţinute sunt folosite de întreaga grupă pentru analiza economică a pagubei evidente (problema 2). Conform datelor prezentate (problema 3, varianta respectivă), studenţii determină costul cazului tratat în condiţii de staţionar.

PROBLEMA 1

Pentru stabilirea eficacității economice a metodei de dispensarizare de deservire medicală a bolnavilor este necesar:

- a determina separat costul asistenței medicale a bolnavilor dispensarizați, ce nu sunt la evidență în cadrul dispensarului; a bolnavilor ce se tratează la CMF, staționar și în sanatoriu timp de 3 ani;
- a calcula cheltuielile în legătură cu pierderea capacității de muncă temporară, invaliditate, de asemenea, paguba economică în urma reducerii numărului de zile-muncă, cauzată de incapacitatea temporară de muncă și reducerea numărului de persoane ce activează în economia națională ca rezultat al invalidității.

Varianta I

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică care sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul de ajutor medical acordat (tabelul I).

Tabelul 1

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
	Numărul de vizite la medicul de familie	1000	
2	Numărul de vizite la domiciliu	80	
3	Numărul de vizite la medicii specialiști: a) neurolog b) oftalmolog	 58 75	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenței de urgență	10	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	 130 75 20 70	
	În total		

Varianta 2

Să se determine costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boala hipertonică ce sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical (tabelul 2).

Volumul real al asistenţei medicale, acordat bolnavilor cu boala hipertonică, ce nu sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF în anul doi de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 2

Nr. crt.	Formele de asistenţă medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	889	
2	Numărul de vizite la domiciliu	110	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 46 55	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenţei de urgenţă	9	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	 140 80 18 65	
	În total		

Varianta 3

Să se determine costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical (tabelul 3).

Volumul real al asistenţei medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 3

Nr. crt.	Formele de asistenţă medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	900	
2	Numărul de vizite la domiciliu	114	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog b) oftalmolog	 56 70	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenţei de urgenţă	9	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge b. urină c. examen radiologic al cutiei toracice d. ECG	 135 85 18 85	
	În total		

Varianta 4

Să se determine costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul asistenţei medicale acordate (tabelul 4).

Volumul real al asistenţei medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 4

Nr. crt.	Formele de asistenţă medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	990	
2	Numărul de vizite la domiciliu	130	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 26 35	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenţei de urgenţă	14	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	 66 50 15 55	
	În total		

Varianta 5

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical acordat (tabelul 5).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 5

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	660	
2	Numărul de vizite la domiciliu	36	
3	Numărul de vizite la medicii specialiști: a) neurolog; b) oftalmolog.	 20 20	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenței de urgență	12	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	 55 30 12 40	
	În total		

Varianta 6

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul asistenței medicale acordate (tabelul 6).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 de bolnavi).

Tabelul 6

Nr. crt.	Formele de asistenţă medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	588	
2	Numărul de vizite la domiciliu	100	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 20 20	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenţei de urgenţă	10	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. examen radiologic al cutiei toracice; c. ECG.	 77 18 45	
	În total		

Varianta 7

Folosind datele din tabelul 7, e necesar să se determine costul tratamentului în staţionar al bolnavilor cu boala hipertonică, dacă costul întreţinerii unui pat pe zi este de 75,00 lei.

Tabelul 7

Numărul paturi-zile în medie la 100 bolnavi care se tratează în staţionar

	Anii de dare de seamă						În total, de 3 ani		Costul tratam., într-un an
	I		II		III				
	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	
Grupa de dispensarizare	185		275		215		676		
Bolnavi fără supraveghere prin dispensarizare	113		205		305		625		

Varianta 8

Folosind datele din tabelul 8, e necesar să se determine costul tratamentului balneo-sanatorial cu boală hipertonică, dacă e cunoscut costul unei foi de tratament cu preț redus în sanatoriul cardiologic, care constituie 242,00 lei.

Tabelul 8

Frecvența tratării bolnavilor cu boală hipertonică în sanatoriile cardiologice (în medie 100 bolnavi)

	Anii de dare se seamă						Costul tratamentului	
	I		II		II			
	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	În total în 3 ani	În medie într-un an
Grupa de dispensarizare	9		9		10			
Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	13		13		13			

Varianta 9

Folosind datele din tabelul 9, e necesar să se determine cheltuielile în legătură cu subvențiile acordate bolnavilor hipertonici în caz de incapacitate temporară de muncă, dacă e stabilit că valoarea subsidiilor zilnice în caz de pierdere a capacității de muncă în perioada investigațiilor constituie 52,50 lei.

Tabelul 9

Frecvența incapacității de muncă temporară din cauza bolii hipertonice (numărul zilelor la 100 bolnavi)

	Anii de dare se seamă						Nr. de zile de boală timp de 3 ani	Valoarea ajutorului bănesc
	I		II		II			
	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc		
Grupa de dispensarizare		2,75		2,10		2,10		6,95
Bolnavii fără supraveghere dispensară		3,20		2,20		2,40		7,80

Varianta 10

Folosind datele din tabelul 10, este necesar să se determine paguba economică din cauza reducerii numărului de zile lucrătoare în legătură cu pierderea temporară a capacității de muncă a bolnavilor hipertonici, dacă valoarea medie zilnică a venitului unui lucrător constituie 64,50 lei.

Tabelul 10

Frecvența pierderii temporare a capacității de muncă din cauza bolii hipertonice (numărul de zile la 100 lucrători)

	I		II		II		Mărimea pagubei economice	
	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	În total în 3 ani	În medie într-un an
Grupa de dispensarizare	2750		2100		2200			
Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	3200		2200		2400			

Varianta 11

Folosind datele din tabelul 11, e necesar să se determine cheltuielile statului în legătură cu invaliditatea bolnavilor hipertonici, dacă valoarea anuală a pensiei unui invalid de grupa II constituie în medie 1200 lei, de grupa III – 1100 lei. Perioada medie de pensionare – 8 luni.

Tabelul 11

Invaliditatea din cauza bolii hipertonice

	Grupa de invaliditate	Anii de gestiune						Costul	
		I		II		II			
		Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	În total în 3 ani	În mediul într-un an
Grupa de dispensarizare	II III	2	– –	– 1	– –	– 3	–		

Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	III III	1 2		5		2			

Varianta 12

Folosind datele din tabelul 12, e necesar să se determine pagubele economice ale venitului național în legătură cu reducerea numărului de persoane ocupați în producere din cauza invalidității hipertonice, dacă valoarea venitului produs de un muncitor în timp de un an constituie în medie, 13400 lei. Numărul de ani nelucrați până la împlinirea vârstei de pensionare este 8.

Tabelul 12

Invaliditata de grupa a II-a cauzată de boala hipertonică (numărul cazurilor la 100 bolnavi)

	I		II		III		Mărimea pagubei economice	
	Numărul invalizilor	Paguba economică	Numărul invalizilor	Paguba economică	Numărul invalizilor	Paguba economică	În total în 3 ani	În medie într-un an
Persoanele fără supraveghere prin dispensarizare	1		5					

Notă: Invalizii de grupa a III-a din cauza bolii hipertonice, care sunt sau nu sunt la evidență în cadrul dispensarului, continuă activitatea de muncă.

PROBLEMA 2

Pentru analiza economică a pagubei evitate, datorită asistenţei medicale dispensarizate, este necesar:

- a determina în baza rezultatelor obţinute prin rezolvarea variantelor 1–8 costul sumar al tuturor formelor de asistenţă curativ-profilactică;
- a calcula, în baza rezultatelor variantelor 9–11, valoarea sumară a cheltuielilor indirecte şi valoarea pagubei economice a venitului naţional în legătură cu boala hipertonică pe parcursul anilor de gestiune;
- a determina valoarea pagubei evitate a venitului naţional în legătură cu asistenţa medicală dispensarizată a bolnavilor hipertonici. A efectua analiza detaliată şi a prezenta concluziile respective în scris.

Tabelul 13

Costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boală hipertonică (toate formele de asistenţă curativ-profilactică în medie la 100 bolnavi)

Costul diferitelor asistenţe curativo-profilactice	Anii de dare se seamă						În medie într-un an			
	I		II		II					
	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	La 100 bolnavi	În % la nr. total	La 100 bolnavi	În % la nr. total
Costul tratamentului în CMF										
Costul tratamentului în staţionar										

Costul tratamentului balneosanatorial										
Costul sumar al asistenței medicale										

Tabelul 14

Paguba economică pentru venitul național cauzată de morbiditatea bolii hipertonice (după datele a trei ani de dare de seamă)

Mărimea diferitelor cheltuieli în legătură cu morbiditatea bolii hipertonice	Anii de dare se seamă						În medie într-un an			
	I		II		III					
	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	Grupa de dispensar	Fără supraveghere prin dispensar	La 100 bolnavi	În % la nr. total	La 100 bolnavi	În % la nr. total
1. Costul asistenței medicale										
2. Paguba economică în caz de incapacitate temporară de muncă (în total) inclusiv: a) cheltuieli b) ajutor bănesc în rate în caz de incapacitate temporară de muncă.										

c) paguba de la reducerea numărului zile de muncă.										
3. Paguba economică în caz de invaliditate (în total) inclusiv: a) cheltuieli; b) ajutor bănesc în caz de invaliditate; c) paguba în caz de reducere a numărului de zile lucrătoare din gospodăria publică										
În total										

Tabelul 15

Evaluarea comparativă a eficacității economice a asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică (timp de 3 ani de reducere)

	Proba evitată a venitului național în comparație cu primul an de dare de seamă (în lei)			Coraportul valorilor cheltuielilor pentru asistența medicală și mărimea pagubei evitate (în lei)	
	Anii de dare de seamă		În total		
	I	II	în 2 ani	Cheltuieli	
Grupa de dispensarizare					
Fără supraveghere prin dispensarizare					

PROBLEMA 3

Pentru evaluarea costului cazului tratat a unei maladii în staționar în condițiile asigurărilor obligatorie de asistență medicală este necesar:

- a determina suma cheltuielilor ce țin de: costul de întreținere a 1 pat/zi; alimentarea bolnavului; cheltuieli de întreținere a bolnavului; durata de tratament;
- a determina suma cheltuielilor ce țin de: costul investigațiilor paraclinice; costul medicamentelor; costul manipulațiilor; costul de tratament al 1 pat/zi în reanimare, costul medicamentelor administrate în reanimare;
- a determina costul sumar al cazului tratat.

Varianta 1

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu boală varicoasă. Tromboflebită acută în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	91,8 lei
Alimentarea bolnavului	7,59 lei
Cheltuieli de întreținere	99,39 lei
Durata medie de întreținere	16 zile
Costul investigațiilor paraclinice	297 lei
Costul medicamentelor	1128,8 lei
Costul manipulațiilor	738 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286 lei
Medicamente administrate în reanimare	102,78 lei

Varianta 2

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Prolaps genital în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	71,0 lei
Alimentarea bolnavului	5,28 lei
Cheltuieli de întreținere	76,98 lei
Durata medie de întreținere	10,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	207,0 lei
Costul medicamentelor	312,44 lei
Costul manipulațiilor	388,0 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	142,5 lei

Varianta 3

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Pneumonie, evoluție severă complicată cu pleurezie în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	58,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	67,5 lei
Durata medie de întreținere	13,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	196,0 lei
Costul medicamentelor	331,08 lei
Costul manipulațiilor	– lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	1238,66 lei

Varianta 4

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Radiculopatie L4–L5 vertebrogenă în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	90,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	99,05 lei
Durata medie de întreținere	9,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	196,0 lei
Costul medicamentelor	201,72 lei

Costul manipulațiilor	–
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	18,84 lei

Varianta 5

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Erezipee secundar al ambelor membre inferioare în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	30,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	39,05 lei
Durata medie de întreținere	21,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	575,0 lei
Costul medicamentelor	516,41 lei
Costul manipulațiilor	194,0 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	290,19 lei

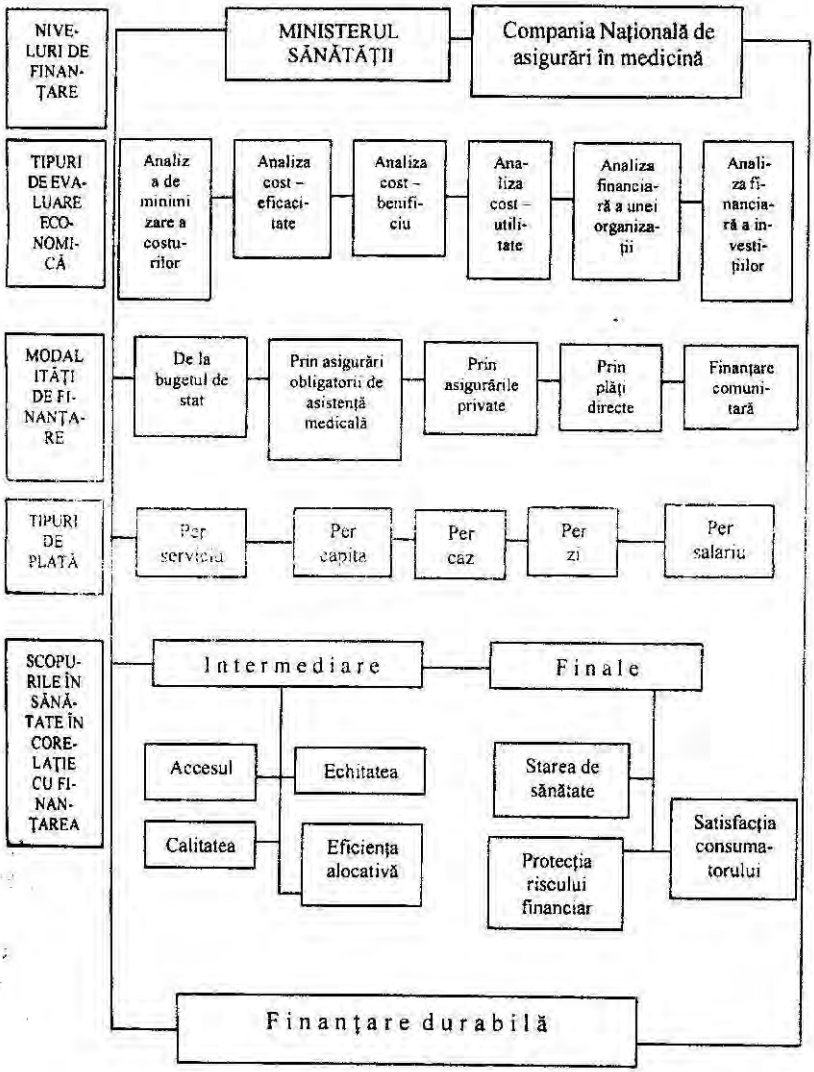
Varianta 6

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Infarct miocardic acut în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	72,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	81,05 lei
Durata medie de întreținere	14,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	432,0 lei
Costul medicamentelor	186,83 lei
Costul manipulațiilor	36,0 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	1144,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	573,08 lei

Notă: Cazul tratat – media pe profiluri: Chirurgia – 1403 lei; Terapia – 1050 lei; Pulmonologia – 1268 lei; Gastrologia – 1072 lei; Neurologia – 1198 lei; Ginecologia – 628 lei (a. 2004).

Tema: ECONOMIA SANITARĂ ŞI MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE



Tema: MANAGEMENTUL SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII

Scopul lecţiei practice: a studia elementele de bază şi conţinutul managementului în sănătate pentru a contribui la optimizarea noului sistem de sănătate.

Argumentarea scopului

Reformele, prin care trece astăzi societatea noastră, concentrează atenţia asupra unui management orientat economic, social, medical, care să permită în final atingerea scopului principal.

Managementul în sănătate tinde să fie pârghia activă de ridicare a nivelului de dezvoltare a sistemului sănătăţii în conformitate cu scopurile şi problemele – îmbunătăţirii sănătăţii populaţiei.

Medicii practicieni, cu trecerea la funcţionarea diverselor forme de organizare a sistemului sănătăţii, este important să cunoască elementele de bază, principiile, metodele şi formele managementului în sănătate, care-i înarmează cu mijloace moderne, eficiente de activitate.

Sarcinile instructiv-didactice:

1. a însuşi principiile şi metodele managementului în sănătate.
2. a studia şi analiza funcţiile şi etapele ciclului managementului în sănătate .
3. a însuşi formele şi ramurile managementului în sănătate.

Metoda efectuării lecţiei:

Lecţia se desfăşoară la catedră. După pregătirea de sine stătătoare a studenţilor, lecţia începe cu controlul iniţial al cunoştinţelor studenţilor, după ce lectorul face corecţia cunoştinţelor în conformitate cu întrebările la temă. În continuare, studenţii îşi împărtăşesc cunoştinţele despre metodele şi formele de management în instituţia medicală, subliniind la concret funcţiile, demonstrează documente, ordine, hotărâri ale consiliului medical.

Întrebări pentru autocontrol

1. Daţi definiţia managementului în sănătate.
2. Când a apărut managementul?
3. Care este scopul managementului în sănătate?
4. Enumeraţi sarcinile managementului în sănătate.
5. Caracterizaţi principiile managementului în sănătate.
6. Care sunt metodele managementului sistemului sănătăţii?
7. Numiţi componenţii de bază ai managementului sistemului de sănătate.
8. Care sunt compartimentele managementului în sănătate?
9. Caracterizaţi funcţiile managementului în sănătate.
10. Numiţi etapele ciclului managementului în sănătate.
11. Numiţi şi caracterizaţi formele structurale ale managementului în sănătate.
12. Care sunt organele de conducere ale sistemului sănătăţii?
13. Însemnătatea climatului moral-psihologic din colectiv.
14. Caracterizaţi relaţiile dintre conducător şi colectiv.

Deprinderi practice

1) a cunoaşte sarcinile şi principiile managementului în sănătate;

2) a cunoaşte metodele şi componenţii de bază ai managementului contemporan;

3) a însuşi procesul de adoptare a hotărârilor pe baza analizei indicilor sănătăţii populaţiei;

4) a însuşi etapele de lucru ale ciclului managementului în sănătate.

Metodele active de instruire ale managerilor sistemului sănătăţii permit însuşirea mai corectă a deprinderilor practice, implementarea în practică a cunoştinţelor acumulate.

Una din metodele instruirii sunt jocurile active, care permit mai întâi să fie controlate cunoştinţele ascultătorilor şi în situaţii

condiţionale să se definească problemele concrete şi reale ale managementului sistemului sănătăţii.

Sensul de bază al jocurilor active este imitaţia procesului managerial în toate fazele tehnologice. Jocul activ este procesul de analiză a situaţiei, determinarea problemelor, luarea deciziilor.

Jocurile active ne permit să modelăm situaţiile care apar la diverse niveluri ale managementului şi să decidem în câteva variante una şi aceeaşi problemă.

Scopul principal al jocului activ este însuşirea de către ascultători a deprinderilor practice în soluţionarea problemelor concrete cu care ei se confruntă zilnic.

„Denumirea conducătorului"

Situaţie:Medicul-şef al raionului e bolnav de 3 luni. Conform deciziei medicilor, el va primi grupa a II-a de invaliditate. Dânsul nu va putea să-şi continue serviciul. Funcţia lui de medic-şef este preluată de adjunctul său pentru asistenţa curativă şi profilactică a populaţiei raionului. Se propun 5 candidaturi pentru funcţia de medic-şef, ce ar corespunde cerinţelor.

Situaţia se derulează în câteva etape:

I etapă: din rândurile cursanţilor se alege un grup din 6 persoane (din cei mai bine pregătiţi), care trebuie să formuleze cerinţele ideale pentru un medic-şef al raionului.

Elaborarea modelului presupune caracteristica detaliată de cerinţe a trăsăturilor individuale ale şefului. De asemenea, în model trebuie să fie concentrate calităţile profesionale, organizatorice, etice ale candidatului.

Aceste cerinţe se transcriu în fişa de expertiză (anexa 1).

În afară de aceasta, din rândurile cursanţilor se formează 5 subgrupe a câte 4 persoane, fiecare elaborând modelul candidatului său.

Pentru orientare, fiecărui grup i se dă câte o fişă cu datele principale de anchetă a candidatului:

– datele statistice despre activitatea instituţiilor medicale din raion;

– datele despre situaţia sistemului sănătăţii în raion.

Toate subgrupurile lucrează independent.

În următoarea etapă a jocului – un juriu din 4 persoane urmăreşte şi analizează capacităţile fiecărui candidat cu modelul **„ideal".**

Liderii subgrupuilor argumentează capacităţile de pregătire a candidatului lor de a ocupa postul de şef.

Juriul ia decizia referitoare la candidatura cea mai potrivită. Subgrupa, care a înaintat, e învingătoare.

Lectorul face un comentariu referitor la îndeplinirea obiectivelor jocului.

Joc:„MANAGEMENTUL SERVICIULUI SPITALICESC"

În baza exemplului acestui joc se modelează împărţirea funcţiilor şi drepturilor în aparatul managerilor spitalului raional. La începutul jocului, din numărul ascultătorilor se formează trei subgrupe câte 2–3 oameni. Fiecare subgrupă este numită la unităţile: medic-şef al raionului, adjunct asistenţa medicală primară, adjunct serviciul spitalicesc, adjunct probleme economice. În faţa subgrupelor se formulează sarcina de a constata funcţiile managementului serviciului spitaliceşti şi anume: necesitatea populaţiei privind paturile spitaliceşti şi profilaxia lor, constatarea indicatorilor planificaţi de folosire a fondului paturilor spitaliceşti etc.

După cum se ştie, realizarea fiecărei funcţii (după conţinut) se concretizează în următoarele tipuri de activităţi manageriale: – planificare, organizare, coordonare administrare şi control.

De aceea fiecărei subgrupe, după denumirea funcţiei se recomandă să aprecieze locul în realizarea funcţii. Pentru aceasta se recomandă următoarele indicaţii:

I. – hotărâre individuală;
C. – hotărâre colegială;
P. – planificare;
O. – organizare;
Co – coordinaţia;
A. – administrare;
Cn. – control.

Pentru fiecare subgrupă se propune să fie completată matrița funcțională:

Nr. crt.	Funcțiile managementului	Persoanele în funcție a echipei manageriale			
		Medicul-șef	Adjunct asistența medicală primară	Adjunct asistență spitalicească și specializată	Adjunct problemele economice
1	2	3	4	5	6

Pe verticală în coloniță doi se înscriu funcțiile managerilor, pe orizontală, tipurile activității manageriale în corespundere cu indicatorii recomandați.

După completarea matrițelor în grupe, liderul fiecărei grupe pe tablă completează rândurile și colonițele și, totodată, atenționează asupra despărțirii funcțiilor date și tipurilor activității manageriale pe criteriul realizării lor. În sfârșit, se formează matrița funcțională de totalizare pe posturi, ascultătorii se împart în două grupe a câte 5 persoane. Fiecare grupă la această etapă completează matrița pe toate posturile. Dacă pozițiile liderilor sunt diverse, – în joc se include lectorul care trebuie să dovedească corectitudinea unui joc față de altul. Lucrul grupelor se evoluează în puncte!

Joc: „DECIZIA MANAGERULUI"

În procesul managementului sistemului sănătății apar situații în care *managemerii* diverselor niveluri trebuie să ia decizii ferme. Elaborarea și luarea deciziilor este o procedură cheie în activitatea managerului, care apreciază calea de mai departe a procesului managerial și rezultatul final al activității manageriale.

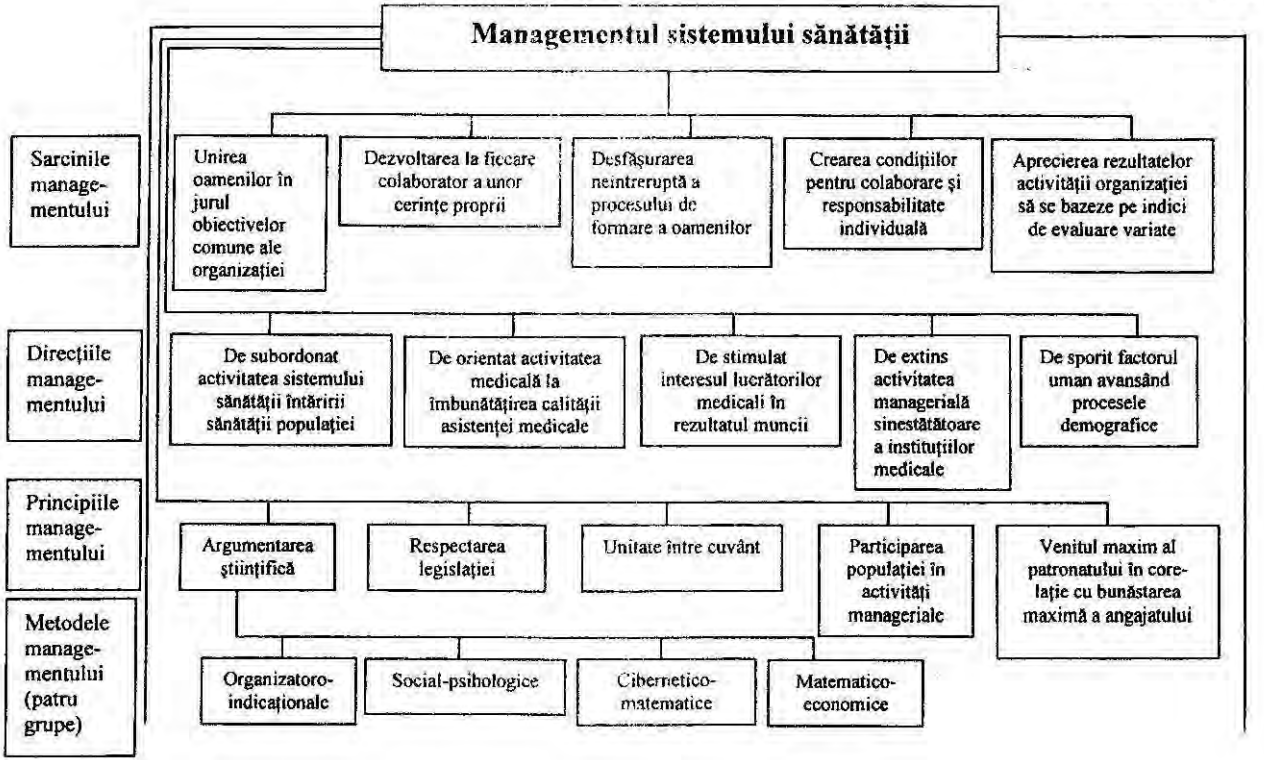
De aceea cunoașterea de către ascultători a metodelor de elaborare, luării hotărârii, perfecționarea calității metodelor, argumentarea științifică necesită o atenție deosebită din partea lectorilor catedrei Sănătate publică și Management la reciclarea conducătorilor instituțiilor medicale. Acest joc prevede instruirea cursanților procesului dinamic, complicat de pregătire, elaborare și luarea deciziei în realizarea hotărârilor.

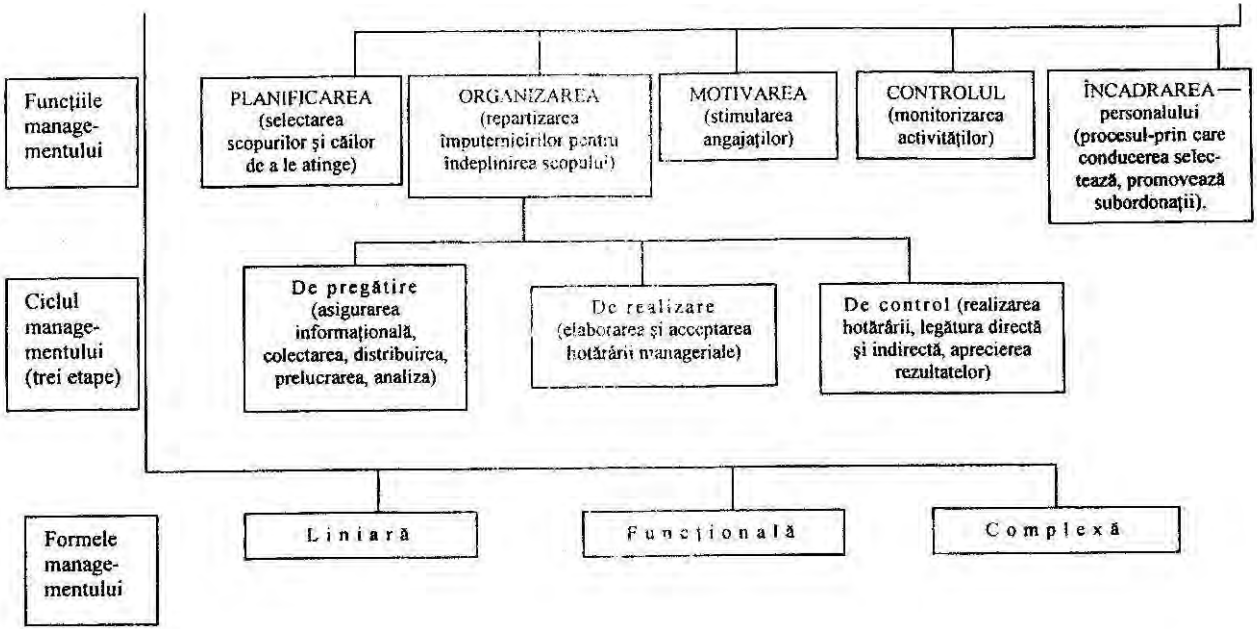
În procesul derulării lecţiilor teoretice şi în mersul jocului ascultătorii necesită să ia cunoştinţă de algoritmul pregătirii şi adoptării decizii.

Blocul-sistem al procesului de pregătire, elaborare şi luare a deciziei

Nr. blocului	Conţinutul operaţiei
1	Formularea problemei.
2	Clasificarea (pătrunde sensul) problemei apărute ca urmare a acţiunilor interne sau externe şi deciziile în legătură cu aceste situaţii.
3	Strategia hotărârii: determinarea scopului activităţii, determinarea metodei de atingere a scopului, elaborarea criteriilor de a alege hotărârea
4	Determinarea împrejurărilor: pe resurse, pe cadre, pe nivelul organizaţiei, pe tehnologii (procesul curative – profilactic etc.), în timp, eficacitate.
5	Prognosticarea rezultatelor.
6	Etapa pregătitoare: aprecierea locului hotărârii în sistemul managerial, aprecierea funcţiei managemente către care se atribuie hotărârea, determinarea nivelului la care va fi adoptată decizia, determinarea competenţei persoanelor care iau decizia, determinarea drepturilor persoanelor care adoptă hotărârea, determinarea limitelor deciziei.
7	Ciclul informaţional: căutarea, colectarea, prelucrarea şi analiza informaţiei.
8	Aprecierea rezultatelor prognosticate.
9	Elaborarea variantelor recomandărilor după elementele hotărârii, analiza comparativă a lor şi alegerea.
10	Elaborarea variantelor hotărârilor, aprecierea variantelor după criteriile determinate, alegerea hotărârilor de totalizare.
11	Formularea hotărârilor şi problemelor îndeplinirii: ce e de făcut? cui cum? unde?când? Cu cine?
12	Perfectarea documentară a deciziei.
13	Organizarea executării hotărârilor: lămurirea hotărârilor în colectiv, mobilizarea acestuia, îndeplinirea hotărârilor, analiza instrucţiunilor pe posturi, coordonare.
14	Control.

Argumentul propus de luare a hotărârilor permite diferite variante de jocuri de a adopta hotărâri la diferite niveluri manageriale. După cum se vede din blocul-schemă, aparența problemelor este legată de acțiunile interne și externe. Posibilitățile de soluționare a acestora depind în mare parte de nivelul de pregătire a sistemului privind rezolvarea problemei date, deci de situația creată.


Managementul sistemului sănătății
Sarcinile managementului
Unirea oamenilor în jurul obiectivelor comune ale organizației
Dezvoltarea la fiecare colaborator a unor cerințe proprii
Desfășurarea neîntreruptă a procesului de formare a oamenilor
Crearea condițiilor pentru colaborare și responsabilitate individuală
Aprecierea rezultatelor activității organizației să se bazeze pe indici de evaluare variate
Direcțiile managementului
De subordonat activitatea sistemului sănătății întăririi sănătății populației
De orientat activitatea medicală la îmbunătățirea calității asistenței medicale
De stimulat interesul lucrătorilor medicali în rezultatul muncii
De extins activitatea managerială sinestătătoare a instituțiilor medicale
De sporit factorul uman avansând procesele demografice
Principiile managementului
Argumentarea științifică
Respectarea legislației
Unitate între cuvânt
Participarea populației în activități manageriale
Venitul maxim al patronatului în corelație cu bunăstarea maximă a angajatului
Metodele managementului (patru grupe)
Organizatoro-indicaționale
Social-psihologice
Cibernetico-matematice
Matematico-economice


Funcțiile managementului
PLANIFICAREA (selectarea scopurilor și căilor de a le atinge)
ORGANIZAREA (repartizarea împuternicirilor pentru îndeplinirea scopului)
MOTIVAREA (stimularea angajaților)
CONTROLUL (monitorizarea activităților)
ÎNCADRAREA — personalului (procesul-prin care conducerea selectează, promovează subordonații).
Ciclul managementului (trei etape)
De pregătire (asigurarea informațională, colectarea, distribuirea, prelucrarea, analiza)
De realizare (elaborarea și acceptarea hotărârii manageriale)
De control (realizarea hotărârii, legătura directă și indirectă, aprecierea rezultatelor)
Formele managementului
Liniară
Funcțională
Complexă

Tematica lecţiilor practice

Nr. crt.	Denumirea temelor
1	Analiza şi evaluarea indicilor de activitate a instituţiilor de asistenţă medicală primară.
2	Analiza şi evaluarea indicilor activităţii staţionarului.
3	Analiza şi evaluarea indicilor asistenţei medicale acordate gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor.
4	Expertiza medicală a vitalităţii.
5	Planificarea strategică sistemului de sănătate.
6	Economia sanitară şi managementul financiar în sistemul de sănătate.
7	Managementul sistemului sănătăţii.

B. PLANUL TEMATIC AL PRELEGERILOR ŞI LECŢIILOR PRACTICE LA MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Tematica prelegerilor

Nr. crt.	Denumirea temelor
1	Strategiile şi priorităţile sistemului de organizare a asistenţei medicale în RM. Managementul sistemului de Sănătate (sarcinile, funcţiile, principiile). Teoria deciziei şi factorii determinanţi.
2	Managementul serviciilor asistenţei medicale primare şi de urgenţă.
3	Managementul serviciilor medicale spitaliceşti şi specializate.
4	Managementul serviciilor medicale mamei şi copilului.
5	Organizarea expertizei medicale a vitalităţii.
6	Managementul planificării strategice în sistemul sănătăţii din RM.
7	Economia Sanitară şi managementul financiar în sistemul de sănătate
8	Serviciul sanitaro-epidemiologic şi rolul lui în profilaxia bolilor.

C. INDICATORII DE BAZĂ PENTRU EVALUAREA ACTIVITĂȚII INSTITUȚIILOR MEDICALE PUBLICE

2650 +Structura vizitelor la medici obstetricieni
2660 +Structura vizitelor la medici de familie
2710 +Cazuri noi de invaliditate la 100000 locuitori
2720 +Cazuri noi de invaliditate gradul 1 la 100000 locuitori
2730 +Cazuri noi de invaliditate gradul 2 la 100000 locuitori
2740 +Cazuri noi de invaliditate gradul 3 la 100000 locuitori
3160 +Număr solicitări total la 1000 locuitori
3170 +Număr solicitări localităţi urbane la 1000 locuitori urban
3180 +Număr solicitări localităţi rurale la 1000 locuitori rurali
4030 +Număr cazurilor noi de boli profesionale la 100000 locuitori
5050 +Paturi la 10000 locuitori
5060 +Paturi pentru adulti la 10000 locuitori
5070 +Paturi pentru copii la 10000 locuitori
5100 +Paturi profil terapeutic la 10000 locuitori
5112 Paturi profil chirurgical pentru adulti la 10000 locuitori
5114 Paturi profil chirurgical pentru copii la 10000 locuitori
5127 Paturi traumatologice pentru copii la 10000 locuitori
Durata medie de funcţionare a unui pat pe an
5150 +Paturi profil pediatric la 10000 locuitori
5160 +Paturi profil obstetrical la 10000 locuitori
5172 Paturi genicologice la 10000 locuitori
5292 Letalitatea in spitale raionale şi municipale
5300 +Medici total la 10000 locuitori
5320 +Medici /fara dentişti şi interni/, la 10000 locuitori
5518 Medici- cardiologi,numar absolut
5522 Numărul medicilor- gastroenterologi la 10000 locuitori
5530 +Numărul medicilor de familie la 10000 locuitori
5560 +Numărul medicilor organizatori ai ocrotirii sănătăţii la 10000 locuitori
5580 +Numărul medicilor traumatologi-ortopezi la 10000 locuitori
5600 +Numărul medicilor-oncologi la 10000 locuitori
5650 +Numărul medicilor obstetricieni-ginecologi la 10000 locuitori

5660 +Numărul medicilor profil pediatric la 10000 locuitori
5665 Numărul medicilor-pediatri la 10000 locuitori
5690 +Numărul medicilor-psihiatri la 10000 locuitori
5692 Numărul medicilor psihiatri-narcologi la 10000 locuitori
5750 +Numărul medicilor ai serviciului sanitaro-epidemiologic la 10000 locuitori
5760 +Numărul medicilor epidemiologi-parazitologi, dezinfectionisti la 10000 locuitori
6010 +Numărul de bolnavi internati în stationar la 1000 locuitori
6020 +Numărul de copii internati ân stationar la 1000 locuitori
6100 +Durata medie de spitalizare-total
6220 +Bolnavi externaţi din spital la 100000 locuitori
6232 Bolnavi externaţi din spital tumori la 100000 locuitori
6239 Bolnavi externaţi din spital tulburari mentale şi de comportament
7000 + Numărul de avorturi la 1000 născuţi vii
7002 Numărul de avorturi pâna la 20 ani la 1000 născuţi vii
7010 +Gravide luate la evidenţă cu sarcina până la 12 saptmâni(%)
7011 Din numărul de gravide au suferit de toxicoze (%)
7012 Din numărul de gravide au suferit de boli extragenitale (%)
7040 +Numărul de naşteri în afară maternităţii
7090 +Rata incidenţei nou-născuţilor total(la 1000 născuţi vii)
7100 +Rata incidenţei nou-născuţilor născuţi la termen (la 1000 născuţi vii)
7130 +Rata incidenţei nou-născuţilor, născuţi prematuri(la 1000 născuţi vii)
7160 +Rata incidenţei copii în primul an de viaţă total (la 1000 copii)
7170 +Rata incidenţei copii în primii 5 ani de viaţă total (la 1000 copii)
7180 +Invaliditatea copiilor total (la 1000 copii)

D. DOCUMENTE LEGISLATIVE

LEGEA REPUBLICII MOLDOVA
OCROTIRII SĂNĂTĂŢII

Nr.411-XIII din 28.03.95

(„Monitorul Oficial al R. Moldova", nr.34 din 22.06.1995)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

{New} [Alin.1 complet. prin Legea nr.577-XV din 26.12.2003]

CAPITOLUL I

Dispoziţii generale

Articolul 1. Legislaţia privind ocrotirea sănătăţii

(1) Legislaţia privind ocrotirea sănătăţii se bazează pe Constituţie şi constă din prezenta lege şi din alte acte normative.

(2) Încălcarea legislaţiei privind ocrotirea sănătăţii, a normelor şi regulilor sanitar-igienice şi antiepidemice se pedepseşte conform legislaţiei in vigoare.

Articolul 2. Structura şi principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătăţii

Sistemul de ocrotire a sănătăţii este constituit din unităţi curativ-profilactice, sanitaro-profilactice, sanitaro-antiepidemice, farmaceutice şi de altă natura, având la bază următoarele principii:

a) conducerea descentralizată;

b) responsabilitatea autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, unităţilor economice şi a factorilor de decizie pentru promovarea politicii statului în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei;

c) responsabilitatea organelor şi instituţiilor medico-sanitare pentru accesibilitatea, oportunitatea, calitatea şi volumul prestaţiilor medico-sanitare, pentru calitatea pregătirii profesionale şi perfecţionarea calificării personalului medico-sanitar şi farmaceutic;

d) utilizarea realizărilor ştiinţei, tehnicii şi practicii medicale moderne în activitatea instituţiilor medico-sanitare;

e) apărarea drepturilor personalului medico-sanitar şi controlul asupra exercitării obligaţiunilor lui profesionale;

f) orientarea profilactică a asigurării sănătăţii populaţiei în toate sferele de activitate vitala;

g) diversitatea formelor de asistenţă medicală (de stat, prin asigurare, privata);

h) garantarea de către stat în apărarea intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, acordarea de asistenţă medicală primară de către medicii de familie, de asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească, de asistenţă medicală spitalicească, în limitele şi în volumul stabilit;

i) libertatea pacientului de a alege medicul de familie şi instituţia medicală primară.

[Lit. h), i) in red. Legii Nr 173-XV din 10.04.2003]

j) responsabilitatea fiecărei persoane pentru sănătatea sa.

Articolul 3. Orientarea profilactică a asigurării sănătăţii populaţiei

(1) Profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătăţii populaţiei.

(2) Autorităţile administraţiei publice, unităţile economice sunt obligate să ia măsuri sociale şi medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special spre salubritatea mediului înconjurător, spre crearea şi menţinerea unor condiţii igienice favorabile de viaţă şi de muncă, spre menţinerea şi ocrotirea sănătăţii populaţiei, a unor categorii ale ei (femei, copii, bătrâni), spre propagarea odihnei active şi a culturii fizice de masă, spre alimentarea raţională şi educaţia sanitară a populaţiei.

Articolul 4. Instituţiile medico-sanitare

(1) Instituţiile medico-sanitare pot fi publice sau private, cu excepţia celor care, în conformitate cu legislaţia în vigoare, nu pot fi decât publice.

(2) Instituţia medico-sanitară publică se instituie prin decizia Ministerului Sănătăţii sau a autorităţii administraţiei publice locale. Instituţia medico-sanitară publică departamentală se instituie prin decizia autorităţii centrale de specialitate.

(3) Persoanele fizice şi cele juridice au dreptul sa fondeze instituţii medico-sanitare (curative, profilactice, epidemiologice, farmaceutice şi de altă natură) şi poartă răspundere pentru asigurarea lor financiară şi tehnico-materială, pentru organizarea de asistenţă medicală şi pentru calitatea ei, conform legislaţiei în vigoare.

(4) Regulamentele şi nomenclatorul instituţiilor medico-sanitare, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridica de organizare, sunt aprobate de Ministerul Sănătăţii, cu excepţia celor ale organelor de drept şi ale organelor militare.

[Art. 4 in red. Legii № 173-XV din 10.04.2003]

Articolul 5. Subordonarea unităţilor din sistemul de ocrotire a sănătăţii.

(1) Instituţiile de învăţământ de stat, instituţiile de cercetări ştiinţifice din sistemul de ocrotire a sănătăţii, precum şi spitalele, dispensarele republicane şi alte instituţii republicane de asigurare a sănătăţii, se află în subordinea Ministerului Sănătăţii. Celelalte instituţii medico-sanitare se subordonează Ministerului Sănătăţii şi autorităţilor administraţiei publice locale.

(2) Instituţiile departamentale curativ-profilactice, sanitaro-antiepidemice şi de altă natură se subordonează departamentelor respective. În plan metodic, de control al calităţii asistentei medicale şi de atestare a cadrelor instituţiile respective sunt subordonate Ministerului Sănătăţii. În circumstanţe extraordinare de izbucnire a unor maladii de masă, instituţiile medico-sanitare nominalizate vor acorda, conform deciziei Guvernului, asistenţa medicală sinistraţilor. În perioada de răspândire a maladiilor transmisibile toate centrele de

igienă şi antiepidemice sunt obligate să-şi coordoneze activitatea cu Ministerul Sănătăţii.

(3) Unităţile medico-sanitare private şi persoanele, care exercită independent profesiunea medico-sanitară, se supun autorităţilor administraţiei publice locale, Ministerului Sănătăţii, altor organe şi organizaţii, în condiţiile legii.

Articolul 6. Competenta autorităţilor administraţiei publice locale în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei

Autorităţile administraţiei publice locale, pe teritoriul din subordine:

a) exercită controlul executării legislaţiei privind ocrotirea sănătăţii;

b) îndrumă activitatea instituţiilor medico-sanitare publice şi organizează asigurarea lor financiară şi materiala, numesc şi revocă, în condiţiile legii, şefii acestora, de comun acord cu Ministerul Sănătăţii;

[Lit. b) complet. prin Legea Nr 173-XV din 10.04.2003]

c) acţionează în vederea organizării educaţiei sanitare a populaţiei, dezvoltării reţelei de instituţii medico-sanitare şi întăririi bazei lor tehnico-materiale;

d) organizează controlul asupra salubrităţii şi radiaţiei mediului înconjurător, asupra respectării regulilor sanitare, iau masuri preventive împotriva maladiilor sociale şi transmisibile, epidemiilor, epizootiilor, întreprind acţiuni pentru lichidarea lor;

e) organizează acordarea de asistenţă medicală populaţiei, stabilesc, în limitele competenţei, înlesniri şi ajutoare pentru ocrotirea mamei şi a copilului, pentru îmbunătăţirea condiţiilor de trai ale familiilor cu mulţi copii;

f) stabilesc volumul de cheltuieli pentru întreţinerea instituţiilor medico-sanitare, acordă ajutoare suplimentare unor categorii ale populaţiei;

g) informează populaţia despre pericolul ce o ameninţă în cazul avariilor ecologice şi despre masurile ce se iau pentru lichidarea urmărilor acestora;

h) înaintează cereri privind suspendarea sau sistarea activităţii unităţilor economice, indiferent de tipul de proprietate şi forma de organizare juridică, ce încălcă regulile sanitare şi alte prevederi ale legislaţiei;

i) asigură controlul asupra respectării în unităţile economice a regulilor de protecţie a muncii, securităţii tehnice, normelor sanitare de producţie;

j) iau măsuri excepţionale, în condiţiile legii, pentru asigurarea sănătăţii şi salvarea vieţii oamenilor în situaţii extremale, în perioada de lichidare a urmărilor cataclismelor naturale şi antropogene, precum şi în procesul de combatere a epidemiilor si epizootiilor;

k) stabilesc reguli de exploatare a instalaţiilor de alimentare cu apă potabilă şi menajeră;

l) stabilesc zonele de protecţie sanitară a apelor, îngrădesc sau interzic unităţilor economice utilizarea tehnică a apei potabile din apeducte;

m) participă la aprecierea calităţii de staţiune balneară a localităţii;

n) exercită controlul asupra tutelei şi curatelei persoanelor majore recunoscute, în condiţiile legii, incapabile sau cu capacitate restrânsă;

o) stabilesc timpul de păstrare a liniştii în locurile publice;

p) exercită alte funcţii pentru asigurarea sănătăţii populaţiei.

Articolul 7. Finanţarea ocrotirii sănătăţii.

(1) Mijloacele financiare ale instituţiei medico-sanitare publice provin din fondurile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală (în bază de contract de asistenţă medicală încheiat cu Compania Naţionala de Asigurări în Medicina sau cu agenţiile ei teritoriale), din sursele bugetare, din serviciile prestate contra plată, din donaţii, granturi şi sponsorizări, din alte surse financiare permise de legislaţie.

(2) Activitatea instituţiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală se desfăşoară pe principiul de autofinanţare, de non-profit.

(3) Pentru susţinerea financiară a unor măsuri organizatorice se instituie un fond extrabugetar al Ministerului Sănătăţii, ale cărui mijloace vor proveni din defalcarea a 2% din veniturile obţinute prin prestarea de servicii medicale contra plată de către centrele de medicină preventivă şi Institutul Naţional de Farmacie şi defalcarea a 1% din veniturile obţinute prin pregătirea şi reciclarea cadrelor medicale pe bază de contract. Mijloacele acumulate se vor folosi la editarea documentelor de directivă şi materialelor instructiv-metodice, la organizarea unui sistem informaţional şi de comunicaţie, la acordarea de burse nominale ale Ministerului Sănătăţii, de burse studenţilor din familii socialmente vulnerabile, la decernarea de premii în cadrul concursurilor dintre instituţiile medico-sanitare, de premii pentru raţionalizări şi invenţii, la organizarea de conferinţe ştiinţifico-practice şi participarea la ele, la susţinerea financiară a revistelor medicale, al căror fondator este Ministerul Sănătăţii.

[Art. 7 in red. Legii Nr 173-XV din 10.04.2003]

CAPITOLUL II

Exerciţiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

Articolul 8. Autorizarea exerciţiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

(1) Exerciţiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este autorizat titularilor unei diplome, unui atestat sau certificat eliberat de o instituţie de învăţământ superior sau mediu de specialitate respectiva din republică ori din străinătate.

(2) Exerciţiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice poate fi independent (libera practica) sau dependent.

(3) Exerciţiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este supravegheat de Ministerul Sănătăţii.

(4) Exerciţiul ilegal al profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este pedepsit conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 9. Modul de autorizare a exerciţiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

(1) Modul de autorizare a exercițiului profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice este stabilit de Ministerul Sănătății.

(2) Persoanele fizice și juridice pot exercita independent sau dependent profesiuni medico-sanitare și farmaceutice numai în bază de licență, eliberată de Camera de Licențiere. Profesiunile și genurile de asistență medico-sanitară și farmaceutică, al căror exercițiu este interzis lucratorilor medicali și farmaceutici cu liberă practică, sunt stabilite de Ministerul Sănătății.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr.333-XV din 24.07.2003]

(3) Persoanele care nu au exercitat profesiuni medico-sanitare și farmaceutice mai mult de 3 ani și care doresc să le exercite își vor actualiza cunoștințele în instituții de perfecționare sau în alte instituții, urmând să li se autorizeze ulterior exercițiul profesiunilor medico-sanitare sau farmaceutice, în modul stabilit.

(4) Cetățenii străini și apatrizii beneficiază în egală măsură de aceleași drepturi în autorizarea exercițiului profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice ca și cetățenii Republicii Moldova.

(5) Diplomele, atestatele sau certificatele obținute în străinătate pot fi echivalate, de către Ministerul Sănătății, celor din republică pentru exercițiul unei profesiuni medico-sanitare și farmaceutice, dacă tratatele și acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte nu prevăd altfel.

Articolul 10. Perfecționarea cunoștințelor profesionale

(1) Lucratorii medico-sanitari și farmaceutici au dreptul și sunt obligați să-și perfecționeze continuu cunoștințele profesionale.

(2) După absolvirea instituțiilor de învățământ superior medicii și farmaciștii fac o pregătire postdiplomă, de regulă, gratuit.

(3) De competența organelor de ocrotire a sănătății ține organizarea reciclării, o dată la 5 ani, a lucratorilor medico-sanitari și farmaceutici în instituții sau facultăți de perfecționare, în alte instituții din republică și străinătate.

(4) Șefii de organe în instituții de ocrotire a sănătății sunt obligați să creeze lucratorilor medico-sanitari și farmaceutici condiții pentru perfecționarea cunoștințelor profesionale.

(5) Modul de atestare a lucrătorilor medico-sanitari şi farmaceutici este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 11. Înlesnirile pentru lucrătorii medico-sanitari şi farmaceutici.

Lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici li se stabilesc înlesniri, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 12. Recompensele pentru lucrătorii din domeniul ocrotirii sănătăţii.

Pentru distincţie în exerciţiul profesiunii lucrătorii din domeniul ocrotirii sănătăţii primesc recompense, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 13. Obligaţiunile şi drepturile profesionale ale lucrătorilor medico-sanitari şi farmaceutici, apărarea drepturilor, onoarei şi demnităţii lor.

(1) Obligaţiunile şi drepturile profesionale fundamentale ale lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

(2) Drepturile profesionale, onoarea şi demnitatea medicilor, farmaciştilor şi altor lucratori medicali sunt ocrotite de lege.

(3) Modul de apărare a drepturilor din exerciţiul profesiunii, de reparare a prejudiciului adus lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici este stabilit de lege.

Articolul 14. Obligaţiunile profesionale generale şi răspunderea pentru încălcarea lor.

(1) Medicii, alţi lucrători medico-sanitari, farmaciştii sunt obligaţi să păstreze secretul informaţiilor referitoare la boală, la viaţa intimă şi familială a pacientului de care au luat cunoştinţă în exerciţiul profesiunii, cu excepţia cazurilor de pericol al răspândirii maladiilor transmisibile, la cererea motivată a organelor de urmărire penală sau a instanţelor judecătoreşti.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Şefii de instituţii medico-sanitare sunt obligaţi să comunice organelor de ocrotire a sănătăţii informaţii privind morbiditatea populaţiei, în interesul ocrotirii sănătăţii ei, precum şi informaţii

organelor de urmărire penală şi instanţelor judecătoreşti, la cererea lor motivată.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr 206-XV din 29.05.2003]

[Alin.(1) si (2) în redacţia Legii nr.1009-XIII din 22.10.96]

(3) Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici poartă răspundere pentru incompetenţa profesională şi încălcare a obligaţiunilor profesionale, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 15. Dreptul la apărare contra intervenţiei în exerciţiul profesiunii.

Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici au dreptul la apărare contra intervenţiei unor persoane şi autorităţi ale administraţiei publice, în exerciţiul profesiunii, excepţie făcând cazurile de culpă profesională.

Articolul 16. Dreptul la asociere.

(1) Lucrătorii medico-sanitari şi farmaceutici se pot asocia în organizaţii, ligi, uniuni, societăţi profesionale şi în alte asociaţii pentru a-şi apăra drepturile profesionale şi sociale.

(2) Modul de asociere a lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici în organizaţii profesionale şi sociale este stabilit de legislaţia în vigoare.

CAPITOLUL III

Drepturile şi obligaţiunile populaţiei în asigurarea sănătăţii

Articolul 17. Dreptul la asigurarea sănătăţii

(1) Locuitorii republicii au dreptul la asigurarea sănătăţii, fără deosebire de naţionalitate, rasă, sex, apartenenţă socială şi religie.

(2) Acest drept este asigurat prin păstrarea fondului genetic al ţării, prin crearea de condiţii de viaţă şi muncă, prin garantarea unei asistenţe medicale calificate, acordate în conformitate cu exigenţele medicinei moderne, precum şi prin apărarea juridică a dreptului la ocrotirea sănătăţii şi la repararea prejudiciului cauzat sănătăţii.

(3) Păstrarea fondului genetic al ţării este garantată printr-un complex de măsuri de asigurare a sănătăţii populaţiei, prin prevenirea îmbolnăvirilor, dezvoltarea potenţialului economic, social şi cultural al republicii, prin salubritatea mediului înconjurător. În acest scop se efectuează, la nivel interdepartamental, investigaţii fundamentale şi aplicate privitoare la starea fondului genetic în funcţie de situaţia ecologică, se iau măsuri de profilaxie şi de tratament pentru persoanele cu anomalii congenitale de dezvoltare şi patologii, se prognozează tendinţele de schimbare a tipului genetic al omului.

Articolul 18. Educaţia sanitară a populaţiei.

(1) Pentru a-şi asigura sănătatea, locuitorii republicii trebuie să posede cunoştinţe despre modul de viaţă sănătos, igiena individuală, alimentaţia raţională, prevenirea naşterii de copii handicapaţi, a maladiilor, despre inadmisibilitatea abuzului de medicamente, despre simptomele bolilor şi acordarea de prim ajutor medical, despre daunele alcoolului, stupefiantelor şi substanţelor psihotrope.

(2) Unităţile Ministerului Sănătăţii, alte ministere şi departamente, autorităţile administraţiei publice locale, unităţile economice sunt obligate să contribuie la educaţia sanitară a populaţiei.

Articolul 19. Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătăţii.

(1) Orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătăţii de factori nocivi generaţi prin încălcarea regimului autiepidemic, regulilor şi normelor sanitar-igienice, de protecţie a muncii, de circulaţie rutieră, precum şi de acţiunile rău-intenţionate ale unor alte persoane.

(2) Persoana poate ataca acţiunile şi hotărârile nelegitime ale organelor de stat şi ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea.

(3) Pacienţii, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienţilor de instituţiile medico-sanitare prin necesitatea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă infir-

mitate permanentă, periclitează viaţa pacientului sau se soldează cu moartea lui.

(4) Daca îmbolnăvirile şi traumele sunt generate de încălcarea regulilor de protecţie a muncii, regulilor de circulaţie rutieră, a ordinii de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de folosirea substanţelor narcotice şi toxice, precum şi de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenţei medicale.

CAPITOLUL IV

Asistenţa medicală

Articolul 20. Dreptul la asistenţa medicală.

(1) Cetăţenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilităţi egale în obţinerea de asistenţă medicală oportună şi calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistentă medicală. Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală reprezintă un sistem, garantat de stat, de apărare a intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiţionate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecţiune).

[Alin. (1) in red. Legii Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(2) Statul, în conformitate cu prevederile Constituţiei, garantează minimul asigurării medicale gratuite cetăţenilor Republicii Moldova, care cuprinde:

a) măsurile profilactice antiepidemice şi serviciile medicale în limita programelor naţionale prevăzute în bugetul de stat;

b) asistenţă medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgenţe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viaţa persoanei;

c) asistenţa medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde: examenul clinic (subiectiv şi obiectiv), cu recomandarea investigaţiilor şi tratamentului;

d) asistenţa medicală, prevăzută în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, persoanelor asigurate, inclusiv celor neangajate în câmpul muncii, pentru care plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală este statul.

{New}[Alin. (2) in red. Legii N 577-XV din 26.12.2003]

(3) Asistenţă medicală prevăzută la alin.(2) lit.b)-d) se realizează în limita mijloacelor financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, constituite în modul stabilit de legislaţie.

{New}[Alin.(2) in red. Legii Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 21. Tipurile de asistenţă medicală, modul lor de acordare.

(1) Asistenţă medicală structurată pe principiul familial-individual se acordă, de regulă, în unităţi de asistenţă medicală primară (puncte medicale deservite de felceri şi moaşe, spitale de sector şi ambulatorii policlinici, dispensare din instituţii medico-sanitare departamentale, servicii de asistenţă medicală urgentă).

(2) În caz de necesitate, populaţia rurală primeşte asistenţă medicală acordată în spitale republicane şi orăşeneşti, precum şi de serviciile medicale itinerare şi de aviaţia sanitară.

(3) Asistenţa de ambulator şi de policlinică este asigurată la puncte medicale deservite de felceri şi moaşe, în ambulatorii, spitale de sector, dispensare, policlinici, instituţii medico-sanitare departamentale, iar în caz de necesitate, la centre de diagnosticare şi în alte instituţii medico-sanitare.

Articolul 22. Acordarea de concedii medicale.

(1) Persoanelor încadrate în unităţi economice cu orice tip de proprietate şi formă de organizare juridică li se acordă concedii medicale în caz de boală, traume şi în alte cazuri prevăzute de lege.

(2) Certificatele de concediu medical sunt eliberate în modul stabilit.

Articolul 23. Consimţământul pentru prestaţii medicale.

(1) Consimţământul pacientului este necesar pentru orice prestaţie medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie).

(2) În lipsa unei opoziţii manifeste, consimţământul se presupune pentru orice prestaţie care nu prezintă riscuri importante pentru pacient sau care nu este susceptibilă să-i prejudicieze intimitatea.

(3) Consimţământul pacientului incapabil de discernământ este dat de reprezentantul său legal; în lipsa acestuia, de ruda cea mai apropiată.

(4) Consimţământul pacientului incapabil de discernamânt, fie temporar, fie permanent, este presupus în caz de pericol de moarte iminentă sau de ameninţare gravă a sănătăţii sale.

(5) Dispoziţiile alin. (1), (2), (3), (4) se aplică pacienţilor care au împlinit vârsta de 16 ani.

(6) Daca pacientul are mai puţin de 16 ani, consimţământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de ameninţare gravă a sănătăţii, prestaţia medicală se poate desfăşura şi fără consimţământul reprezentantului legal.

(7) Consimţământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componenta echipei de gardă, în cazuri excepţionale, prin semnătura conducerii instituţiei medico-sanitare.

Articolul 24. Asistenţă medicală în cazuri de urgenţă şi în cazuri extremale.

(1) Peroanele sunt asigurate cu asistenţă medicală urgentă în caz de pericol pentru viaţă (accidente, îmbolnăviri acute grave etc.).

(2) Se acordă asistenţă medicală urgentă prin servicii speciale (staţii şi secţii de salvare, aviaţia sanitară, spitale de urgentă, alte unităţii de salvare) în modul stabilit de Ministerul Sănătăţii.

(3) Asistenţa medicală urgentă se acordă şi de instituţiile medico-sanitare proxime, indiferent de tipul de proprietate şi forma de organizare juridică.

(4) Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici sunt obligaţi să acorde primul ajutor medical de urgentă în drum, pe stradă, în alte locuri publice şi la domiciliu, în orice oră de zi sau noapte. În caz de accidente, primul ajutor medical trebuie să fie acordat şi de lucrătorii poliţiei, ai serviciului de pompieri, de conducătorii auto.

(5) Neacordarea de asistenţă medicală urgentă fără motive întemeiate, la fel şi chemarea ei falsă, sunt pedepsite conform legii.

(6) Orice persoană care este de faţă la producerea unei accidentări sau îmbolnăviri grave este obligată să acorde primul ajutor în limita posibilităţilor sale, să anunţe instituţia medico-sanitară proximă, să ajute personalului medico-sanitar la acordarea de prim ajutor, să dea vehiculele de care dispune pentru transportarea gratuită a accidentaţilor sau bolnavilor la instituţia medico-sanitară proximă. Identic se procedează şi în cazul femeilor gravide care necesită asistenţă medicală urgentă.

(7) Transportarea la instituţia medico-sanitară a persoanei care s-a îmbolnăvit la locul de muncă se efectuează cu vehicul din contul unităţii economice respective.

(8) Dacă viaţa pacientului este în pericol, medicul sau un alt lucrător medical poate folosi gratuit, în modul stabilit, orice tip de vehicul pentru a se deplasa la bolnav sau pentru a-l transporta la instituţia medico-sanitară proximă.

(9) Persoanelor le este garantată asistenţă medicală în situaţii extremale (calamităţi, catastrofe, avarii, îmbolnăviri şi intoxicaţii de masă, iradiere cu raze ionizante şi neionizante, poluare abundentă a mediului etc.). Acordarea de asistenţă medicală în astfel de cazuri este efectuată de instituţii medico-sanitare teritoriale şi de brigăzi speciale de mobilizare permanentă, formate de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 25. Dreptul la libera alegere a medicului şi a formei de asistenţă medicală.

(1) Cetăţenii Republicii Moldova au dreptul la libera alegere a medicului şi a formei de asistenţă medicală.

(2) Alegerea medicului în instituţiile medico-sanitare publice se efectuează în modul stabilit.

(3) Cetăţenii Republicii Moldova au dreptul să solicite asistenţă medicală instituţiilor medico-sanitare cu orice tip de proprietate şi formă de organizare juridică, atât din ţară, cât şi din străinătate, în conformitate cu tratatele şi acordurile internaţionale la care Republica Moldova este parte.

Articolul 26. Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală cetăţenilor străini şi apatrizilor

(1) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor care intră în Republica Moldova se realizează la trecerea de către ei a frontierei de stat sau la eliberarea vizei.

(2) Cetăţenii străini şi apatrizii aflaţi în Republica Moldova au în domeniul asigurării obligatorii de asistenţă medicală aceleasi drepturi ca şi cetăţenii Republicii Moldova, dacă tratatele internaţionale nu prevăd altfel.

(3) Condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se elaborează şi se aprobă de Guvern.

[Art. 26 in red. Legii Nr. 173-XV din 10.04.2003]

Articolul 27. Dreptul la informaţii despre starea sănătăţii.

(1) Pacientul şi rudele sale au dreptul să fie informaţi despre starea sănătăţii acestuia.

(2) În timpul examenului medical şi al tratamentului pacientul are dreptul la informaţii despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potenţial şi eficacitatea terapeutică, despre metodele de alternativă, precum şi despre diagnosticul, prognosticul şi mersul tratamentului, despre recomandările profilactice. Pacientul are dreptul să consulte datele obiective, înscrise în fişa de observaţie medicală sau în alte documente, care îl privesc. În cazul în care s-ar putea produce deteriorarea gravă a stării fizice sau psihice a pacientului sau compromiterea rezultatelor tratamentului, informaţiile de mai sus vor fi date unei persoane apropiate bolnavului.

(3) Pacientul are dreptul să primească aceste informaţii în scris. Modul lor de furnizare este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 28. Aplicarea metodelor de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi a medicamentelor.

(1) În practica medicală sunt aplicate metodele de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi medicamente, permise de Ministerul Sănătăţii.

(2) Cu consimţământul scris al pacientului capabil de raţionament lucid şi cu discernământul păstrat ori cu consimţământul scris al părinţilor, tutorelui sau curatorului pacientului care nu a

atins vârsta de 16 ani sau al bolnavului psihic, medicul poate aplica noi metode de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi noi medicamente, fundamentate ştiinţific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă.

(3) Modul de aplicare a noi metode de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi de noi medicamente, fundamentate ştiinţific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă, este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 29. Donarea de sânge.

(1) Donarea de sânge înseamnă oferirea unei cantităţi din sângele propriu pentru asigurarea sănătăţii unei alte persoane.

(2) Modul donării de sânge, statutul juridic al donatorilor de sânge, garanţiile de muncă şi garanţiile sociale, drepturile şi înlesnirile lor, responsabilitatea organelor de stat, a instituţiilor medico-sanitare pentru prejudiciul cauzat sănătăţii donatorilor, a unităţilor economice şi a organizaţiilor publice pentru dezvoltarea mişcării donării de sânge sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 30. Prelevarea şi transplantul de ţesuturi şi organe umane.

Prelevarea şi transplantul de ţesuturi şi organe umane se fac numai în instituţii medico-sanitare publice, conform normelor stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 31. Sterilizarea chirurgicală voluntară

(1) Sterilizarea chirurgicală voluntară la femei şi la bărbaţi poate fi efectuată la dorinţa lor sau la indicaţia medicului cu consimţământul scris al persoanei numai în instituţii medico-sanitare publice în cazurile şi în modul stabilit de Ministerul Sănătăţii.

(2) Efectuarea sterilizării chirurgicale de către persoane fără studii medicale corespunzătoare, precum şi în instituţii medico-sanitare nespecializate, se pedepseşte conform legii.

Articolul 32. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii.

(1) Femeilor li se acordă dreptul să-şi hotărască personal problema maternităţii.

(2) Operaţia de întrerupere a cursului sarcinii poate fi efectuată până la sfârşitul primelor 12 săptămâni de sarcină numai în instituţii medico-sanitare publice.

(3) Modul de efectuare a acestei operaţii după primele 12 săptămâni de sarcină este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 33. Fecundarea artificială şi implantarea embrionului.

(1) Fecundarea artificială şi implantarea embrionului se efectuează în instituţii medico-sanitare publice în modul stabilit.

(2) Problemele legate de consecinţele juridice ale fecundării artificiale şi implantării embrionului sunt reglementate de legislaţia în vigoare.

Articolul 34. Încetarea acordării asistenţei medicale.

(1) Rugămintea pacientului de a i se scurta viaţa prin mijloace medicale (eutanasie) nu poate fi satisfăcută.

(2) Aparatura medicală care menţine viaţa pacientului în caz extremal poate fi deconectată numai după constatarea morţii creierului.

(3) Modul de constatare a morţii şi de luare a deciziei de deconectare a aparaturii medicale este stabilit de legislaţia în vigoare.

(4) Pacientul are dreptul de a primi sau de a refuza ajutorul spiritual şi moral, inclusiv din partea unui slujitor al religiei sale. Pacientul are dreptul să moară în demnitate.

Articolul 35. Asistenţa medicală de recuperare şi asistenţă medicală balneară.

(1) Asistenţă medicală de recuperare se acordă în instituţii medico-sanitare specializate publice, cooperatiste şi particulare.

(2) Unităţile medico-sanitare de recuperare, serviciile medicale din staţiunile balneare, sanatoriile şi preventoriile cu rol recuperator, alte unităţi şi servicii medicale de recuperare se organizează în zone cu factorii naturali de cură în scopul recuperării integrale a bolnavilor, fortificării sănătăţii şi restabilirii capacităţii lor de muncă.

(3) Indicaţiile şi contraindicaţiile tratamentului ambulator şi în staţionar la toate staţiunile balneare sunt stabilite de Ministerul Sănătăţii.

(4) Sistemul triajului medical şi modul de trimitere a bolnavilor la tratament balneo-sanatorial sunt stabilite de Ministerul Sănătăţii, de comun acord cu Consiliul Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova.

(5) Considerarea unei localităţi ca staţiune balneară, stabilirea hotarelor zonelor ei de protecţie sanitară şi determinarea regimului acesteia sunt efectuate de Guvern, la propunerea Ministerului Sănătăţii şi a Consiliului Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova, coordonată cu autoritatea administraţiei publice locale pe al cărui teritoriu se află staţiunea.

(6) Organizarea şi deschiderea de instituţii balneo-sanatoriale sunt autorizate de Ministerul Sănătăţii şi Consiliului Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova, de comun acord cu Guvernul. Profilul medical al instituţiilor balneo-sanitoriale este stabilit de Ministerul Sănătăţii şi de Consiliul Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova.

(7) Ministerul Sănătăţii exercită controlul asupra activităţii instituţiilor balneo-sanatoriale şi le acordă ajutor ştiinţific, metodic şi consultativ.

Articolul 36. Dreptul pacientului de a ataca acţiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătăţii.

În cazul stării nesatisfacătoare a sănătăţii în urma unei asistenţe medicale necorespunzătoare, pacientul are dreptul de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum şi repararea prejudiciului moral şi material ce i s-a adus.

CAPITOLUL V

Asigurarea medico-socială a unor categorii ale populaţiei

Articolul 37. Asistenţă medicală pentru persoanele care şi-au pierdut locul de muncă şi câştigul.

(1) Persoanele care şi-au pierdut locul de muncă şi câştigul au dreptul garantat de stat la minimul asigurării medicale gratuite pentru susţinerea sănătăţii lor şi a sănătăţii celor întreţinuţi de ele.

{New}[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

(2) Acordarea minimului asigurării medicale gratuite persoanelor sus-numite se efectuează din fondurile respective de organizare a asistentei medicale.

{New}[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 38. Asistența medico-sanitară acordată persoanelor în vârstă înaintată

(1) Statul asigură persoanele de vârstă înaintată cu asistență medico-socială, conform unor programe complexe.

(2) Programele de recuperare medico-socială a persoanelor de vârstă înaintată trebuie să fie orientate spre asigurarea necesităților fizice şi psihice, spre prelungirea perioadei de viață activă, inclusiv în condiții casnice, spre asigurarea capacității de adaptare socio-psihologică la bătrânețe, preîntâmpinării afecțiunilor cronice şi invalidității.

(3) Realizarea acestor programe revine autorităților administrației publice locale, organelor şi unităților de ocrotire a sănătății şi de protecție socială, care pot antrena asociații, organizații religioase şi publice, cu consimțământul acestora, la deservirea medico-socială.

(4) Unitățile medico-sanitare, azilurile acordă asistență medicală persoanelor de vârsta înaintată din fondurile respective de organizare a asistenței medicale.

Articolul 39. Asistența medicală pentru persoanele aflate în stare de arest sau detențiune.

(1) Dreptul la sănătate al persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune este asigurat prin interzicerea aplicării metodelor de urmărire penală, creării unor condiții de viață care înjosesc demnitatea, pun în pericol viața şi sănătatea lor.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune li se garantează asistența medico-sanitară conform prezentei legi, Codului de executare a sancțiunilor de drept penal şi altor acte legislative.

Articolul 40. Asistența medicală pentru persoanele aflate în greva foamei.

(1) Când un deţinut refuză hrana şi este considerat de către medic ca fiind capabil de raţionament lucid şi cu discernământul păstrat în legătură cu consecinţele refuzului voluntar de hrană, el nu va fi hrănit artificial. Decizia privind capacitatea de discernământ a deţinutului va fi consemnată de cel puţin un medic.

(2) Atitudinea din alin. (1) se va adopta şi faţă de orice altă persoană aflată în greva foamei.

(3) Greva foamei, fiind o potenţială urgenţă medicală, statuează obligativitatea asistenţei medicale pe toată durata ei.

(4) În momentul în care starea de sănătate şi viaţă a celui aflat în greva foamei sunt grav ameninţate, medicul este obligat, în conformitate cu codul eticii medicale, să facă toate eforturile pentru susţinerea sănătăţii şi salvarea vieţii celui în cauză.

Articolul 41. Asistenţa medicală şi socială pentru persoanele contaminate de virusul imunodeficitar uman (HIV) şi bolnave de SIDA

Persoanelor contaminate de virusul imunodeficitar uman (HIV) şi bolnave de SIDA li se asigură asistenţa medicală şi socială, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 42. Asistenţa medicală pentru bolnavii psihici.

(1) Acordarea de asistenţă medicală specializată persoanelor care suferă de tulburări psihice se face în baza principiilor legalităţii, umanismului şi carităţii, pornindu-se de la prezumţia capacităţii de exerciţiu care prevede dreptul fiecărui om de a dispune de propria sănătate, precum şi de la îndatorirea de bază a medicului de a acorda asistenţă medicală pacientului, conform codului eticii medicale.

(2) Prestarea de asistenţă psihiatrică ţine exclusiv de competenţa medicului psihiatru.

(3) Bolnavii psihici lipsiţi de discernământ, care pot pune în pericol viaţa sau integritatea corporală proprie sau a altor persoane, sunt supuşi unui tratament medical coerecitiv într-o instituţie medico-sanitară, în condiţiile legii. Spitalizarea unor astfel de bolnavi se face în regim de urgenţă, cu sprijinul organelor de poliţie, la solicitarea medicului-psihiatru. Examinarea psihiatrică în aceste cazuri

va fi efectuată în decursul a maximum 48 de ore de la internare şi în zilele de odihnă şi de sărbători, de către o comisie de specialişti, constituită în acest scop, conform instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii.

(4) Cheltuielile de tratament psihiatric se fac din fondurile respective de organizare a asistenţei medicale.

(5) Temeiul şi modul de acordare a asistenţei psihiatrice, inclusiv spitalizarea coercitivă a bolnavilor psihici, drepturile şi obligaţiunile personalului medical care acordă acest ajutor, drepturile bolnavilor psihici, obligaţiunile organelor de stat şi ale unităţilor economice privind apărarea drepturilor şi intereselor legitime, acordarea de asistenţă juridico-socială acestei categorii de bolnavi, precum şi apărarea populaţiei de acţiunile lor periculoase, se efectuează conform legislaţiei în vigoare.

(6) Tratamentul psihiatric nu va fi aplicat în lipsa bolii psihice. Personalul medico-sanitar poartă răspunderea, în condiţiile legii, pentru aplicarea tratamentului psihiatric în lipsa bolii psihice.

Articolul 43. Asistenţa narcologică pentru persoanele care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie.

(1) Tratamentul persoanelor care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie se efectuează, de regulă, pe principii benevole, ambulatoriu sau în staţionar, în instituţii curativ-profilactice (la dorinţă, anonim).

(2) Bolnavii care se eschivează de la tratament benevol vor fi trataţi conform legii.

Articolul 44. Asistenţă medicală pentru bolnavii de tuberculoză.

(1) Bolnavii de tuberculoză sunt supravegheaţi prin dispensarizare şi tratament, asiguraţi cu preparate antituberculoase şi trataţi în staţionare, sanatorii şi preventorii în mod gratuit.

(2) Bolnavii de tuberculoză în forma activă, care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanţe narcotice, sunt trimişi la tratament coercitiv, în modul prevăzut de legislaţia în vigoare.

(3) Măsurile de protecţie socială a bolnavilor de tuberculoză sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 45. Asistenţa medicală pentru persoanele care suferă de boli venerice.

(1) Persoanele care suferă de boli venerice sunt supuse unui examen medical şi tratament obligatoriu în instituţiile curativ-profilactice respective, precum şi supravegherii prin despensarizare până la vindecare.

(2) Persoanele în a căror privinţă există date suficiente de a presupune ca suferă de boli venerice vor fi supuse unui examen medical obligatoriu.

(3) Persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice sunt supuse unui examen medical şi tratament profilactic obligatoriu.

(4) În caz de sustragere de la examenul medical şi tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen şi unui tratament coercitiv în staţionarul de boli venerice.

(5) Persoanele care se sustrag de la examenul şi tratamentul coercitiv după avertizarea făcută de instituţiile medico-sanitare poartă răspundere, în modul stabilit de legislaţia în vigoare.

(6) La solicitarea instituţiilor medico-sanitare, organele de poliţie sunt obligate să aducă în unităţile curativ-profilactice respective persoanele care suferă de boli venerice, persoanele referitor la care există date suficiente de a presupune că sunt infectate sau că suferă de boli venerice, precum şi persoanele care au venit în contact cu astfel de bolnavi şi să acorde acestor unităţi ajutor la identificarea sursei de infecţie.

CAPITOLUL VI

Ocrotirea familiei, mamei şi a copilului

Articolul 46. Dreptul familiei la ocrotirea sănătăţii şi la protecţie socială.

(1) Familia are dreptul la ocrotirea sănătăţii membrilor ei şi la protecţie socială.

(2) Persoanele care se căsătoresc sunt obligate să se informeze reciproc despre starea sănătăţii lor. Pentru ocrotirea sănătăţii persoanelor care se căsătoresc şi a urmaşilor lor, instituţiile medico-sanitare acordă consultaţii prenupţiale referitoare la căsătorie şi la planning familial, efectuează examenul medical obligatoriu gratuit. Modul, termenul şi volumul examenului medical al persoanelor care se căsătoresc sunt stabilite de Guvern.

[Alin. 2 in red. Legii Nr. 1001-XV din 19.04.2002]

(3) Persoanele care se căsătoresc, precum şi soţii, pot trece examene medicale şi primi consultaţii medico-genetice în Instituţiile medico-sanitare respective pentru depistarea alterărilor genetice din cariotipul lor, care conduc la malformarea viitorului copil.

Articolul 47. Obligaţia părinţilor faţă de copil.

(1) Părinţii sunt obligaţi să aibă grijă de sănătatea copilului, de dezvoltarea lui prenatală şi posibilitatea, de educaţia lui fizică, spirituală şi morală, să-i cultive un mod sănătos de viaţă.

(2) Părinţii, alţi reprezentanţi legali, la solicitarea instituţiilor medico-sanitare, trebuie să prezinte copilul pentru examinare medicală şi aplicare a măsurilor de profilaxie.

(3) Neîndeplinirea obligaţiunilor sus-menţionate este pedepsită conform legii.

Articolul 48. Stimularea maternităţii. Garanţiile ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului

(1) Statul stimulează maternitatea, ocroteşte sănătatea mamei şi a copilului.

(2) Femeilor li se creează condiţii de îmbinare a muncii cu maternitatea, li se garantează apărarea drepturilor, susţinerea morală şi materială.

(3) Copilul se bucură de o atenţie deosebită din partea statului şi a societăţii şi beneficiază de ocrotirea socială. Statul apără interesele şi drepturile copilului, inclusiv la condiţii de viaţă propice dezvoltării lui fizice şi spirituale.

(4) Drepturile copilului sunt prevăzute şi consfintite de legislaţia Republicii Moldova şi de Convenţia cu privire la drepturile copilului.

Articolul 49. Asistenţă medicală pentru femeia gravidă şi nounăscut.

Unităţile medico-sanitare asigură asistenţă medicală calificată femeii în cursul sarcinii, la naştere, după naştere şi ajutor curativ-profilactic mamei şi nou-născutului.

Articolul 50. Asistenţa medicală pentru copii şi adolescenţi

(1) Instituţiile curativ-profilactice şi de asanare (policlinici, spitaluri, dispensare, sanatorii etc.) acordă asistenţa medicală copiilor şi adolescenţilor. Lor li se acordă periodic supraveghere medicală activă.

(2) Copiii de vârstă fragedă sunt asiguraţi cu produse alimentare speciale, inclusiv gratuit, în modul stabilit. Copiilor li se acorda gratuit foi de tratament în sanatorii.

(3) Lucratorii medicali sunt obligaţi să informeze părinţii, tutorele sau curatorul despre boala copilului şi despre tratament.

(4) Controlul asupra asigurării sănătăţii copiilor în creşe, grădiniţe, şcoli şi în alte instituţii pentru copii este exercitat de instituţii medico-sanitare şi de învăţământ.

Articolul 51. Ajutorul acordat de stat la îngrijirea copiilor.

(1) Principalele cheltuieli de întreţinere a copiilor în creşe, grădiniţe, şcoli şi în alte instituţii pentru copii se fac de la bugetul de stat, precum şi din mijloacele unităţilor economice, sindicatelor, altor organizaţii obşteşti şi ale unor persoane particulare.

(2) Copiii şi adolescenţii cu deficienţe în dezvoltarea fizică sau psihică sunt întreţinuţi de stat în case şi cămine de copii, în alte instituţii specializate pentru copii.

(3) Lista indicaţiilor medicale referitoare la aranjarea copiilor ş adolescenţilor în case şi cămine de copii şi în instituţii instructiv-educative este aprobată de Ministerul Sănătăţii.

(4) În cazul imposibilităţii spitalizării sau lipsei de indicaţi pentru tratament în staţionar, mama sau un alt membru al familie care îngrijeşte copilul bolnav poate fi scutită de muncă, în modu stabilit, acordându-i-se indemnizatie pe linia asigurărilor sociale.

(5) În cazul tratării în staţionar a copilului în vârstă de până la ani sau a copilului grav bolnav de o vârstă mai mare care are ne

voie, conform avizului medical, de îngrijire suplimentară, mama (tatăl) ori o rudă are dreptul să fie alături de copil în unitatea medicală şi să primească, în modul stabilit, indemnizaţie pe linia asigurărilor sociale.

CAPITOLUL VII

Asistenţa farmaceutică şi de protezare

Articolul 52. Asistenţa farmaceutică.

Asistenţa farmaceutică este acordată prin unităţi farmaceutice şi unităţi curativ-profilactice, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 53. Controlul asupra producerii şi utilizării substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice.

(1) Controlul asupra producerii şi utilizării substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice este exercitat de stat.

(2) Se pot produce, prelucra, importa şi păstra substanţe narcotice şi psihotrope numai în scopuri medicale umane, veterinare şi ştiinţifice.

(3) De dreptul de a produce, prelucra, importa şi comercializa substanţe narcotice şi psihotrope beneficiază unităţile care au primit autorizaţia organelor de stat respective, acestea din urmă exercitând controlul şi evidenţa asupra sus-numitei activităţi.

(4) Producerea şi utilizarea substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice se efectuează conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 54. Asistenţa de protezare, asigurarea cu aparate şi produse tehnico-medicale

(1) La necesitate, persoanele sunt asigurate cu proteze, obiecte ortopedice, de corecţie, cu aparate acustice, dispozitive de cultură fizică curativă şi cu mijloace speciale de locomoţie.

(2) Condiţiile şi modul de acordare a asistenţei de protezare, de asigurare cu aparate şi produse tehnico-medicale sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

(3) Coordonarea elaborării tehnicii medicale noi, a încercării ei tehnice şi clinice, eliberarea certificatului de punere în producţie şi utilizare a acestei tehnici ţin de competenţa Ministerului Sănătăţii.

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 333-XV din 24.07.2003]

CAPITOLUL VIII

Reabilitarea şi expertiza medicală

Articolul 55. Reabilitarea.

Reabilitarea bolnavilor se efectuează în direcţie medicală şi socială.

Articolul 56. Dreptul la efectuarea expertizei medicale a vitalităţii.

(1) Pentru constatarea gradului de pierdere a capacităţii de muncă, persoana are dreptul la expertiza medicala a vitalităţii.

(2) Expertiza incapacităţii temporare de muncă este efectuată în instituţii medico-sanitare de medic sau de o comisie medicală, care acordă concediu de boală şi de mutilare, de sarcină şi de naştere, de îngrijire a unui membru al familiei bolnav şi de carantină, pentru protezare, tratament balneo-sanatorial, determină necesitatea şi termenele de transferare temporară a persoanei la o altă muncă din motive de boală, ia decizii privind trimiterea ei la consiliul de expertiză medicală a vitalităţii.

(3) Expertiza medicală a pierderii îndelungate sau permanente a capacităţii de muncă este efectuată de consiliile de expertiză medicală a vitalităţii ale Casei Naţionale de Asigurări Sociale, care stabilesc gradul de pierdere a capacităţii de muncă, cauzele şi gradul de invaliditate, tipurile de ajutor, determină condiţiile, genurile de muncă, lucrul şi profesiile accesibile invalizilor, controlează folosirea necesară a invalizilor la lucru în conformitate cu concluziile medicale, contribuie la restabilirea capacităţii lor de muncă.

[Alin.3 art.56 modificat prin Legea nr.552-XIV din 28.07.99]

(4) Concluziile consiliilor de expertiză medicală a vitalităţii privitoare la condiţiile, genurile de muncă, lucrul şi profesiile

accesibile invalizilor sunt obligatorii pentru administraţia unităţilor economice.

(5) Expertiza medicală a vitalităţii copiilor şi adolescenţilor este efectuată de medic sau de o comisie medicală a instituţiei medico-sanitare.

(6) Modul de organizare şi de efectuare a expertizei medicale a vitalităţii este stabilit de legislaţia în vigoare.

Articolul 57. Expertiza medico-legală.

(1) Expertiza medico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor cu caracter medical ce apar în timpul urmăririi penale sau examinării cauzei în instanţa judecătorească.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Expertiza medico-legală este efectuată în condiţiile legii, în unităţi medico-sanitare (biroul de expertiză medico-legală) în baza deciziei ofiţerului de urmărire penală, procurorului sau în baza deciziei instanţei judecătoreşti.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(3) Ministerul Sănătăţii exercită conducerea metodică a expertizei medico-legale.

(4) Persoana are dreptul la asistenţa medico-legală, prin care se subînţelege prestarea de servicii de către specialişti în domeniul medicinei legale în problemele de protejare a drepturilor şi intereselor sale legitime în legătură cu ocrotirea sănătăţii şi cu starea ei fiziologică.

(5) Modul de organizare şi de efectuare a expertizei medico-legale este stabilit de legislaţia în vigoare.

Articolul 58. Expertiza psihiatrico-legală.

(1) Expertiza psihiatrico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor care ţin de stare psihică a persoanei şi care apar în timpul procedurii judiciare.

(2) Expertiza psihiatrico-legală este efectuată, în condiţiile legii, în instituţii medico-sanitare în baza deciziei ofiterului de urmărire penală, procurorului, precum şi în baza deciziei instanţei judecătoreşti.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(3) Ministerul Sănătății exercită conducerea metodică a expertizei psihiatrico-legale.

(4) Persoanele au dreptul la asistență psihiatrico-legală, prin care se subînțelege prestarea de servicii de către specialiștii psihiatri în problemele de protejare a drepturilor și intereselor legitime ale persoanei în legătură cu condamnarea sau cu pierderea capacității ei de exercițiu.

(5) Modul de organizare și de efectuare a expertizei psihiatrico-legale este stabilit de legislația în vigoare.

Articolul 59. Expertiza și asistența morfopatologică.

(1) Expertiza morfopatologică se efectuează în scopul stabilirii diagnosticului postmortal, cauzei și mecanismului decesului. Pacientul decedat în instituția medicală este supus, de regulă, unei expertize morfopatologice, dacă în timpul vieții el sau rudele sale nu și-au exprimat dezacordul.

(2) Examenului morfopatologic se supun, în mod obligatoriu, toate organele și țesturile în timpul intervențiilor chirurgicale sau de diagnostic. Asistența morfopatologică se acordă și ca formă independentă de servicii, la dorința solicitantului, pe baze contractuale.

(3) Cazurile în care anularea expertizei morfopatologice a decedatului este inadmisibilă se stabilesc de Ministerul Sănătății.

(4) Expertiza morfopatologică a diagnosticului intravital, determinarea cauzei și mecanismul decesului se efectuează de către medici experți (morfopatologi) în instituții medicale, în secții (birouri) special amenajate.

(5) Regulamentul efectuării expertizei morfopatologice se elaborează de Ministerul Sănătății, iar caracterul și volumul investigațiilor respective sunt stabilite de instituțiile medicale, în baza standardelor aprobate de Ministerul Sănătății.

(6) Rudele, precum și organele asigurării medicale, au dreptul să recepționeze concluziile expertizei morfopatologice a decedatului. Modul de remitere a concluziilor este stabilit de Ministerul Sănătății.

CAPITOLUL IX

Colaborarea internaţională, tratatele şi acordurile internaţionale

Articolul 60. Colaborarea internaţională în domeniul ocrotirii sănătăţii.

(1) Republica Moldova participă la activitatea organizaţiilor internaţionale de ocrotire a sănătăţii.

(2) Colaborarea internaţională a Republicii Moldova în domeniul ocrotirii sănătăţii are la bază interesele părţilor, respectarea cerinţelor şi normelor de drept internaţional, convenţiilor, tratatelor şi acordurilor internaţionale.

(3) Modul de colaborare cu alte state este stabilit de legislaţia Republicii Moldova.

Articolul 61. Tratatele şi acordurile internaţionale în domeniul ocrotirii sănătăţii

(1) Modul de încheiere a tratatelor şi acordurilor internaţionale în domeniul ocrotirii sănătăţii, de control asupra aplicării lor este stabilit de legislaţia în vigoare.

(2) Dacă tratatul sau acordul internaţional la care Republica Moldova este parte stabileşte alte norme decât cele prevăzute de legislaţia Republicii Moldova privind ocrotirea sănătăţii, sunt aplicate normele tratatului sau ale acordului internaţional.

CAPITOLUL X

Dispoziţii finale şi tranzitorii

Articolul 62

Guvernul, în termen de 3 luni, prezintă Parlamentului propuneri vizând aducerea legislaţiei în vigoare în conformitate cu prezenta lege; pune hotărârile sale în conformitate cu ea; adoptă, în temeiul ei, acte normative care reglementează problemele organizării ocrotirii sănătăţii, asigură revizuirea şi anularea de către ministere,

departamente, inspectorate de stat, autorităţi ale administraţiei publice locale a actelor normative, inclusiv a instrucţiunilor ce contravin legii de faţă.

Articolul 63

Până la aducerea actelor normative în conformitate cu prezenta lege se aplică numai prevederile care nu vin în contradicţie cu ea.

Articolul 64

Comisia pentru protecţie socială, ocrotirea sănătăţii şi ecologie exercita controlul asupra executării prezentei legi.

Articolul 65

Prezenta lege intră în vigoare la data publicării.

[Art. 65 modif. prin Legea nr. 173-XV din 10.04.2003]

PREŞEDINTELE
PARLAMENTULUI **Petru LUCINSCHI**

Chişinău, 28 martie 1995.
Nr. 411-XIII

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN

23.06.03 Nr. ___190___

mun.Chişinău

Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătăţii raionale/municipale

În scopul asigurării accesului populaţiei la asistenţă medicală calitativă în cadrul structurii sistemului sănătăţii raionale / municipale şi realizării prevederilor Legii ocrotirii sănătăţii nr.411-XIII din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Legii privind administraţia publică locală nr.123-XV din 18 martie 2003, Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei nr.1513-XII din 16 iunie 1993, HGRM nr.688 din 10 iunie 2003 cu privire la structura şi statele de personal ale primăriilor satelor (comunelor), oraşelor (municipiilor), HGRM nr.689 din 10 iunie 2003 cu privire la organigrama şi statele de personal ale aparatului preşedintelui raionului, direcţiilor, secţiilor, altor subdiviziuni din subordinea Consiliului raional şi altor acte legislative şi normative în vigoare.

APROB:

1. Organigrama sistemului sănătăţii municipiului Chişinău (anexa nr.1).
2. Organigrama sistemului sănătăţii municipiului Bălţi (anexa nr.2)
3. Organigrama sistemului sănătăţii raional (anexa nr.3).
4. Regulamentul-model de bază al Spitalului Raional (anexa nr.4).
5. Structura serviciului de informatică şi statistică medicală (anexa nr.5).
6. Organigrama Serviciului Sanitar-Epidemiologic de Stat a Republicii Moldova (anexa nr.6).
7. Nomenclatorul Centrelor de Medicină Preventivă municipale/ raionale(anexa nr.7).
8. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă municipiului Chişinău (anexa nr.8).
9. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă municipiului Bălţi (anexa nr.9).
10. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria III (anexa nr.10).
11. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria II (anexa nr.11).
12. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria I (anexa nr.12).
13. Regulamentul-model al Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (anexa nr.13).

ORDON:

1. În baza Spitalelor judeţene şi sectorale se instituie Spitale raionale-instituţii medico-sanitare publice, care reprezintă un sistem integru al ocrotirii sănătăţii format din serviciile Asistenţă Medicală Primară, Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator, administrate de Medicul şef al raionului care păstrează integritatea şi independenţa lor funcţională.

2 A forma servicii centralizate ale Spitalului raional (contabilitate, serviciu economic, resurse umane, juridic, informatică şi statistică, tehnic şi gospodărie, secţii paraclinice etc.) prin comasarea acestor servicii din cadrul Spitalului, Centrului Medicilor de Familie, realizând principiile de optimizare a cheltuielilor.

3. Contabilitatea centralizată va întocmi devize de cheltuieli şi evidenţă contabilă separată pentru Centrul Medicilor de Familie, Secţiile Specializate Spitaliceşti şi Specializate de Ambulator.

4. Ordonator de credite în Spitalul raional este Medicul-şef al raionului, care efectuează planificarea şi gestionarea surselor financiare conform normativelor stabilite de Ministerul Sănătăţii: 40% pentru Asistenţa Medicală Primară, 60% pentru Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator. În cele 60% surse destinate pentru Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator sunt incluse şi cheltuielile pentru întreţinerea serviciilor centralizate.

5. Asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească se va acorda populaţiei de către Staţiile Zonale Asistenţă Medicală Urgentă ale Serviciului centralizat de Asistenţă Medicală Urgentă din Moldova.

6. Asistenţa Medicală Primară pe principiul medicinei de familie se va acorda populaţiei de către Centrul Medicilor de Familie al Spitalului raional.

7. Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator se va acorda de către Secţiile Specializate Spitaliceşti, Secţia Consultativă şi Secţia Stomatologie ale Spitalului raional.

8. Se interzice majorarea numărului de paturi în Spitalele raionale/municipale şi instituirea noilor instituţii medico-sanitare fără acordul Ministerului Sănătăţii.

9. Spitalele raionale din raioanele cu o populaţie până la 90 mii locuitori vor acorda asistenţă medicală spitalicească de 5 profiluri: terapeutic, chirurgical, obstetrical şi ginecologic, pediatric şi boli infecţioase.

10. Spitalele raionale Cahul, Căuşeni, Hânceşti, Orhei, Ungheni, Soroca, Edineţ, care dispun de paturi specializate spitaliceşti de

profil îngust asupra normativelor stabilite la numărul de populaţie, pot întreţine aceste paturi asigurând asistenţă medicală specializată spitalicească de profil îngust prin contract pentru deservirea populaţiei din raioanele adiacente.

11. Centrele Perinatale de nivelul II din republică vor continua activitatea, ca Centre Perinatale interraionale cu deservirea populaţiei din raioanele adiacente.

12. A institui în Spitalele raionale funcţii de specialişti principali titulari: în asistenţa medicală mamei şi copilului, asistenţa farmaceutică şi tehnică medicală.

13. Structura Sistemului Sănătăţii a municipiului Chişinău se stabileşte în conformitate cu anexa nr. 1 al prezentului ordin.

14. Structura Sistemului Sănătăţii a Municipiului Bălţi se stabileşte în conformitate cu anexa nr. 2 al prezentului ordin.

15. Structura sistemului sănătăţii a UTA Găgăuzia se recomandă a fi ajustată în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

16. Centrele de Medicină Preventivă municipale, Centrele de Medicină Preventivă judeţene şi filialele lor, se vor reorganiza respectiv în Centre de Medicină Preventivă municipale şi raionale conform anexei nr. 7 a prezentului ordin.

17. Direcţiile Ministerului Sănătăţii, instituţiile medico-sanitare republicane vor acorda ajutor metodic conducătorilor structurilor sistemului sănătăţii teritorial în realizarea prevederilor prezentului ordin.

18. Ordinul MS RM nr.160 din 01 iulie 1999 cu privire la structura sanitară judeţeană/municipală se abrogă.

Controlul executării prezentului ordin se atribuie prim-viceministrului d-lui Gheorghe Ţurcanu şi viceministrului d-lui Ion Bahnarel.

Ministru **Andrei GHERMAN**

ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Centrul Medicilor de Familie raional

Dispoziţii generale

1. Centrul Medicilor de Familie raional (în continuare–CMF) este o instituţie medicală subordonată Medicului-şef al raionului.

2. CMF îşi desfăşoară activitatea sa în conformitate cu Constituţia şi Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii, Medicului şef al raionului şi ale prezentului regulament.

3. CMF este condus de Primul adjunct al Medicului Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară, posesor al certificatului de medic de familie, cu un stagiu de muncă nu mai mic de 5 ani, bine pregătit în domeniul Sănătăţii publice şi Managementului sanitar, care este numit şi eliberat din funcţie prin ordinul Medicului-şef al raionului ce se consultă cu Ministerul Sănătăţii.

4. Finanţarea activităţii CMF se realizează pe principiul "per capita", în volum a cel puţin 35% din bugetul destinat sistemului ocrotirii sănătăţii.

Structura Centrului Medicilor de Familie

1. Centrul Medicilor de Familie include în componenţa sa toate instituţiile medicale de ambulatoriu din sectorul de asistenţă medicală primară cu edificii şi alte fonduri fixe, utilaj şi aparataj medical, unităţi de transport etc.

2. Centrul Medicilor de Familie este constituit din toate Centrele de Sănătate din raion. Centru de Sănătate se organizează şi în localitatea de reşedinţă a centrului raional.

3. Statele de funcţii ale CMF se aprobă de Medicul-şef al raionului în baza normelor elaborate de Ministerul Sănătăţii.

Funcţiile şi drepturile CMF

1. Promovarea politicii de dezvoltare şi reformare a asistenţei medicale primare prin dezvoltarea şi fortificarea medicinei de familie, a căror obiective sunt:

- promovarea sănătăţii şi prevenirea bolilor;
- ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului;
- îmbunătăţirea calităţii şi promptitudinii în acordarea asistenţei de urgenţă;
- îmbunătăţirea îngrijirilor primare de sănătate, în special în mediul rural, prin asigurarea cu medici, ameliorarea nivelului profesional, tehnologic etc.;
- prevenirea şi controlul maladiilor transmisibile;
- realizarea programului de planificare a familiei;
- prevenirea şi combaterea bolilor ce generează 50% din anii potenţiali de viaţă pierduţi, precum şi incapacităţi severe: traumatisme, accidente, otrăviri, boli pulmonare, cardiovasculare, cancerigene, afecţiuni psihice, boli ale aparatului locomotor;

2. Asigurarea organizatorică şi metodică a serviciilor primare de sănătate.

3. Organizarea şi coordonarea procesului liberei alegeri a medicului de familie.

4. Promovarea modului sănătos de viaţă pentru prevenirea maladiilor, complicaţiilor şi fortificarea sănătăţii, diminuarea acţiunii factorilor de risc.

5. Asigurarea accesului populaţiei la asistenţă medicală primară de înaltă calitate.

6. Organizarea, efectuarea măsurilor de profilaxie şi prevenţie în conformitate cu normele stabilite.

7. Organizarea şi coordonarea procesului curativ-diagnostic şi măsurilor de supraveghere şi reabilitare a pacienţilor.

8. Asigurarea succesivităţii în acordarea asistenţei medicale primare, specializate şi de urgenţă.

9. Conlucrarea cu Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității și soluționarea problemelor referitoare la expertiza incapacității îndelungate de muncă și a vitalității.

10. Conlucrarea cu autoritățile publice locale, persoane juridice și fizice în realizarea îngrijirilor de sănătate și soluționarea problemelor medico-sociale.

11. Evaluarea trimestrială și anuală a volumului și calității asistenței medicale primare.

12. Controlul volumului și calității activității structurilor subordonate (Centre de Sănătate), analiza ei și luarea deciziilor respective.

Dispoziții finale

CMF activează după un program de lucru, stabilit de Medicul șef al raionului.

2. Centrul de Sănătate

Dispoziții generale

1. Centrul de Sănătate este o structură a CMF raional din subordinea Primului-adjunct al Medicului-Șef al Raionului în Asistența Medicală Primară.

2. Centrul de Sănătate își desfășoară activitatea în conformitate cu Constituția și Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, directivele și instrucțiunile Ministerului Sănătății, Medicului-șef al raionului și a prezentului regulament.

3. Dirijarea Centrului de Sănătate este realizată de către Șeful Centrului de Sănătate, posesor al certificatului de medic de familie, pregătit în domeniul Sănătății publice și Managementului sanitar, care este numit și eliberat din funcție prin ordinul Medicului-șef al raionului la propunerea Primului-adjunct al Medicului-Șef al Raionului în Asistența Medicală Primară.

Structura Centrului de Sănătate

1. Centrul de Sănătate se organizează în localităţile rurale, de preferinţă cu edificii tip, dotate cu echipament de laborator, transport etc. şi includ în componenţa sa şi Oficii ale Medicului de Familie din raza de deservire. Centrul de Sănătate se organizează şi în localitatea de reşedinţă a centrului raional. Şeful Centrului de Sănătate este în subordinea Primului-adjunct al Medicului-Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară.

Oficiile Medicilor de Familie din localităţile rurale sunt în componenţa Centrului de Sănătate. În cazul când două sau mai multe localităţi (foste Puncte Medicale), care sunt amplasate în aceeaşi rază de deservire şi au împreună un număr de populaţie nu mai mică de 1000 - 1500 locuitori, se formează un Oficiu al Medicului de Familie, care se include în componenţa Centrului de Sănătate respectiv. Medicii de familie se concentrează în Centre de Sănătate, unde dispun de echipamentul necesar pentru activitatea profesională şi se deplasează în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenţei medicale populaţiei.

2. Statele de funcţii ale Centrului de Sănătate se aprobă de Medicul-şef al raionului în baza normelor elaborate de Ministerul Sănătăţii.

Funcţiile Şefului Centrului de Sănătate

1. Coordonează activitatea structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistenţă medicală primară conform directivelor în vigoare şi cerinţelor CMF.

2. Asigură succesivitatea între serviciul de asistenţă medicală primară, urgentă şi spitalicească.

3. Asigură respectarea standardelor medicale şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice de către instituţiile medicale primare.

4. Conlucrează cu organele administraţiei publice locale, instituţiile de învăţământ şi protecţie socială, administraţiile întreprin-

derilor şi gospodăriilor, agenţii economici în soluţionarea problemelor medico-sociale ale populaţiei din teritoriu;

5. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.

6. Organizează şi efectuează controlul calităţii măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi recuperare, efectuate la nivel de asistenţă medicală primară, inclusiv:

- lucrul profilactic de ocrotire antenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor;
  supravegherea gravidelor;
- de planificare a familiei şi protejării sănătăţii reproducerii;
  supravegherii copilului sănătos;
- controlul alimentaţiei raţionale a copiilor;
- efectuarea imunizărilor conform Programului Naţional de imunizări.

7. Contribuie la promovarea modului sănătos de viaţă, educaţia pentru sănătate în şcoli, familie, comunitate.

8. Organizează şi supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analiza sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testarea HIV/SIDA, MRS etc.

9. Organizează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea eficacităţii şi dispanserizării copiilor cu patologii cronice depistate.

10. Analizează calitatea asistenţei medicale acordate populaţiei în teritoriul deservit, evidenţa şi supravegherea patologiilor cronice la copii şi maturi, în scopul prevenirii invalidităţii şi altor complicaţii.

11. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacităţii temporare de muncă şi a modului de trimitere a pacienţilor la expertizare în CEMV şi analizează indicii morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară şi întreprinde măsuri spre ameliorare.

12. Analizează indicii mortalităţii generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă şi extraspitalicească şi întreprinde măsuri de ameliorare.

13. Coordonează şi organizează deplasările medicilor de familie în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenţei medicale populaţiei, conform razei de deservire, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

14. Prezintă Primului-adjunct al Medicului Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară raporturi de activitate şi face propuneri de remediere a activităţilor.

Dispoziţii finale

Centrele de Sănătate activează conform unui program de activitate aprobat de primul-adjunct al Medicului-Şef al raionului în Asistenţa Medicală Primară.

Asistenţa Medicală Specializată de Ambulator

1. Secţia Consultativă

Dispoziţii generale

1. Secţia consultativă este o subdiviziune din subordinea Medicului şef al raionului.

2. Secţia consultativă îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu Constituţia şi Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii, Medicului-şef al raionului şi ale prezentului regulament.

3. Secţia consultativă este dirijată de către şeful secţiei consultative, medic specialist de profil, cu un stagiu de muncă nu mai mic de 5 ani, bine pregătit în domeniul Sănătăţii publice şi Managementului sanitar, care este numit şi eliberat din funcţie prin ordinul Medicului- şef al raionului.

Structura secţiei consultative

1. Secţia consultativă include în componenţa sa medicii specialişti de profil cu cabinete înzestrate cu echipament şi medicamente necesare pentru acordarea asistenţei medicale specializate de ambulator, inclusiv de urgenţă.

2. Statele de funcţii ale secţiei consultative se aprobă de Medicul- şef al raionului în baza normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Funcţiile secţiei consultative

1. Secţia consultativă asigură accesul populaţiei din raion la asistenţă medicală specializată de ambulator de înaltă calitate.

2. Asigură perfecţionarea profesională continuă a lucrătorilor medicali din asistenţa medicală specializată de ambulator conform cerinţelor în vigoare, inclusiv perfecţionarea personalului medical la locul de muncă în acordarea asistenţei medicale de urgenţă etc.

3. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.

4. Asigură respectarea standardelor medicale şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice.

5. Asigură succesiunea în acordarea asistenţei medicale specializate cu asistenţa medicală primară şi de urgenţă.

6. Acordă gratuit asistenţă medicală specializată de ambulator, conform biletului de trimitere a medicului de familie şi contra plată, la adresarea directă a pacientului, în modul stabilit, conform tarifelor aprobate.

7. La sesizarea medicului de familie, medicul specialist de profil consultă pacientul, stabileşte diagnosticul şi dă recomandări pentru medicul de familie, privind tratamentul, necesităţile de internare în spital, de efectuare a expertizei incapacităţii temporare sau permanente de muncă, măsurile de reabilitare şi supraveghere necesare. Pe parcursul tratamentului, pacientul este supravegheat de ambii specialişti.

8. Contribuie la realizarea programelor naţionale teritoriale, asigură controlul executării lor, apreciază problemele prioritare, analizează activităţile efectuate şi propune măsuri concrete de redresare a situaţiei.

9. Acordă suport serviciului de asistenţă medicală primară la efectuarea măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi de recuperare, cu privire la ocrotirea antenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor, supravegherea gravidelor, planificarea familiei şi protejării sănătăţii reproducerii.

10. Contribuie la efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analiza sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testarea HIV/SIDA, MRS.

11. Efectuează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, analizează nivelul morbidităţii şi propune măsuri concrete de ameliorare a situaţiei.

12. Supraveghează, de comun cu medicul de familie, pacienţii cu maladii acute şi cronice, ia măsuri de reabilitare a pacienţilor.

13. Efectuează consultaţii la domiciliu pentru pacienţii nedeplasabili, la sesizarea medicului de familie.

14. Analizează nivelul morbidităţii, invalidităţii populaţiei din raion şi propune măsuri concrete de ameliorare a situaţiei, respectiv pentru fiecare domeniu, în scopul prevenirii invalidităţii, mortalităţii pacienţilor în vârstă aptă de muncă.

15.Determină necesitatea trimiterii pacienţilor în instituţiile medicale republicane pentru efectuarea consultaţiilor, investigaţiilor, internări programate.

16. Participă la conferinţe tematice, inclusiv patomorfologice.

17. Organizează, în comun cu serviciul de Asistenţă Medicală Primară, deplasări ale medicilor specialişti de profil în localităţile rurale, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

18. Organizează şi efectuează examinarea medicală a abiturienţilor, recruţilor şi rezerviştilor, coordonează efectuarea măsurilor profilactice, curative şi de reabilitare.

19. Organizează şi efectuează examenul medical profilactic obligatoriu în cadrul comisiilor medicale speciale:

- la angajarea în muncă periodic a lucrătorilor care sunt supuşi acţiunii factorilor nocivi şi nefavorabili .
- supune examenului medical conducătorii mijloacelor de transport şi candidaţii pentru primirea permisului de conducere.
- efectuarea examenului medical privind „Controlul treziei".
- examenul medical al salariaţilor din întreprinderile alimentare, instituţiile medicale, comunale şi cele pentru copii.

20. Efectuează trimestrial şi anual analiza volumului şi calităţii asistenţei medicale specializate de ambulator acordate populaţiei şi face propuneri de remediere a activităţilor.

Dispoziţii finale

Secţia consultativă activează după un program de activitate aprobat de Medicul-şef al raionului.

Asistenţa Medicală Spitalicească Specializată

1. Secţiile specializate spitaliceşti.

Dispoziţii generale

1. Secţiile specializate spitaliceşti acordă asistenţă medicală spi-talicească şi specializată populaţiei din teritoriu.

2. Secţiile specializate spitaliceşti sunt subordonate Medicului-şef al raionului.

3. Responsabil de activitatea secţiilor specializate raionale este adjunctul medicului-şef al raionului în asistenţa medicală spitalicească şi specializată de ambulator.

4. În activitatea sa, secţiile specializate spitaliceşti se conduc de Constituţia Republicii Moldova şi Legile Republicii Moldova, hotărârile Guvernului, ordinele şi dispoziţiile Ministerului Sănătăţii, hotărârile autorităţilor publice locale, ordinele medicului şef al

raionului, alte acte normative, care reglementează direct sau indirect activitatea structurilor specializate spitaliceşti şi de prezentul Regulament.

5. Reorganizarea şi lichidarea secţiilor specializate spitaliceşti se efectuează în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Structura secţiilor specializate spitaliceşti poate include următoarele secţii:

Secţia de internare	Bloc operator
Secţia terapie generală	Laborator
Secţia chirurgie generală	Radiologie şi imagistică
Secţia pediatrie	Fizioterapie
Secţia obstetrică-ginecologie	Sterilizare
Secţia boli infecţioase.	Farmacie
Terapie intensivă şi anestiologie	Bloc alimentar

1. În postul de şef de secţie se numeşte prin ordinul mediculuişef al raionului un specialist de înaltă calificare în specialitatea respectivă, care posedă aptitudini organizatorice.

2. Şeful de secţie (laborator, farmacie etc.) activează în conformitate cu Regulamentul de funcţie aprobat prin ordinul Mediculuişef al raionului.

Patrimoniul şi fondurile secţiilor specializate spitaliceşti

1. Fondurile secţiilor specializate spitaliceşti se formează din sumele alocate bugetului din asigurările medicale, mijloacele acumulate din prestaţiile medicale contra plată, din contractele cu agenţii economici, donaţii de binefacere, granturi etc.

2. Patrimoniul secţiilor specializate spitaliceşti este constituit din edificii şi alte fonduri fixe, utilaj, aparataj etc.

Sarcinile de bază

1. Acordarea asistenţei medicale spitaliceşti specializate de înaltă calitate populaţiei din teritoriu;

2. Asigurarea accesibilităţii pacienţilor la serviciile medicale calitative cu o durată de tratament minimă şi un cost minim eficient;

3. Perfecţionarea procesului diagnostico-curativ prin implementarea metodelor noi de diagnostic şi tratament.

4. Pregătirea şi reciclarea cadrelor medicale, asigurarea calificării personalului medical la locul de muncă.

2.Centrul Perinatal de nivelul II (interraional)

1. Centrul perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II este o unitate funcţională specializată spitalicească din subordinea medicului-şef al raionului.

2. Şeful maternităţii este responsabil de conducerea Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II. Şeful maternităţii este angajat şi concediat de către medicul-şef al raionului în modul stabilit.

3. Centrele perinatologice ale serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivel II sunt organizate în baza secţiilor de obstetrică din spitalele din Bălţi, Edineţ, Soroca, Orhei, Ungheni, Hânceşti, Căuşeni, Cahul, Ceadâr-Lunga. Toate centrele perinatologice ale serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II îndeplinesc concomitent şi funcţiile de centru de asistenţă perinatală de nivelul I pentru localităţile în care sunt amplasate.

4. În componenţa Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II de asistenţă medicală perinatală sunt incluse următoarele subdiviziuni:

– Secţia de obstetrică: secţia de internare, blocul de naştere obstetrical şi observaţie, saloanele de internare a mamelor cu nounăscuţii lor.

– Secţia de patologie a sarcinii.

– Secţia de reanimare, terapie intensivă şi îngrijire a nou-născuţilor şi secţia de îngrijire continuă a prematurilor cu echipa de transportare a gravidelor şi nou-născuţilor.

– Secţia de pediatrie generală cu statut de componentă funcţională.

– Secţia de perinatologie consultativă: cabinet de contracepţie modernă; cabinet de sterilitate a cuplului; cabinet andrologic; cabinet de consult juridic; cabinet de consult psihologic; cabinet medico-genetic; cabinet de diagnostic prenatal (ultrasonografic şi cardiotocografic); cabinet de prematuritate (infertilitate); cabinet terapeutic (patologia extragenitală în sarcină).

5. Sarcinile Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II sunt:

5.1. acordarea ajutorului primar şi de urgenţă obstetrical şi neonatal bolnavilor din raion.

5.2. acordarea asistenţei medicale în perioada preconcepţională şi antenatală populaţiei din raion, ţinându-se cont de posibilităţile secţiei consultative de perinatologie;

5.3. acordarea ajutorului medical specializat gravidelor în conduita naşterii şi perioadei de lăuzie fiziologice şi cu risc moderat după principiul teritorial;

5.4. acordarea asistenţei specializate, supravegherii, îngrijirii esenţiale şi vaccinării nou-născuţilor şi prematurilor în perioada de aflare în centrul perinatologic, asigurarea diagnosticului, terapiei complicaţiilor perioadei neonatale precoce;

5.5. acordarea complexului măsurilor de îngrijire esenţială, alimentare, examinare şi tratament nou-născuţilor cu greutate mică la naştere şi nou-născuţilor înainte de termen spitalizaţi pentru îngrijire continuă;

5.6. efectuarea măsurilor curativ-profilactice orientate spre prevenirea complicaţiilor sarcinii, naşterii, perioadei de lăuzie, maladiilor ginecologice;

5.7. implementarea în practica cotidiană a metodelor moderne de profilaxie, diagnostic şi tratament al gravidelor şi ginecopatelor, metodelor asistenţei obstetricale de ambulator, implementarea noilor forme de evidenţă utilizate în sarcină, naştere şi perioada postnatală;

5.8. asigurarea femeilor cu asistenţa socio-legală, în conformitate cu legislaţia despre protecţia sănătăţii mamei şi copilului;

5.9. referirea gravidelor cu patologie extragenitală din grupul de risc pentru consultare în policlinica consultativă pentru femei a Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul III;

5.10. implementarea în subdiviziunile centrului perinatologic a tehnologiilor moderne, propuse de OMS (gravidogramei, partogramei, aflarea împreună a mamei cu nou-născutul, alăptarea precoce a nou-născutului în primele 30 de minute după naştere, parteneriat la naştere, formarea "lanţului cald" şi promovarea metodei "piele-la-piele" ca metode de profilaxie a hipotermiei);

5.11. instruirea personalului subordonat Centrului perinatologic de nivelul II în tehnologiile sus-menţionate;

5.12. educarea populaţiei în problemele suportului psiho-emoţional în sarcină şi naştere, alimentaţie naturală, îngrijire esenţială etc., promovate de OMS/UNICEF;

5.13. asigurarea unei consecutivităţi a supravegherii, examinării şi tratamentului gravidelor, parturientelor, lăuzelor, nou-născuţilor şi copiilor în perioada de aflare în centrul perinatologic;

5.14. Informarea obligatorie a Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul III despre toate cazurile grave depistate, precum şi despre cazurile cu risc ce nu au fost detaşate în Centrul perinatologic de nivelul III;

5.15. asigurarea transportării "in utero", transportării materne şi neonatale la sine,

5.16. acordarea asistenţei de urgenţă, care poate apărea imprevizibil, inclusiv stabilizarea maternă şi neonatală înainte de transportare;

5.17. asigurarea unui regim sanitar-igienic şi antiepidemic în Centrul perinatologic;

5.18. sporirea nivelului profesional al cadrelor medicale al Centrului;

5.19. efectuarea activităţii educative în rândurile populaţiei;

5.20. analiza cauzelor complicaţiilor obstetricale şi extragenitale la gravide, precum şi la nou-născuţi, elaborarea şi efectuarea măsurilor de reducere a respectivelor complicaţii;

5.21. dirijarea activităţii-organizatorice-metodice a serviciilor medicale perinatologice la toate nivelurile.

6. Conform sarcinilor de bază, Centrul perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivel II asigură:

6.1. internările spitaliceşti şi de ambulator specializate (prematuritate, infertilitate, sterilitate);

6.2. complexul de măsuri de supraveghere şi îngrijire corespunzătoare a pacientelor în timpul aflării în Centrul perinatologic;

6.3. examinarea ambulatorie la timp a gravidelor, prevenirea şi depistarea complicaţiilor sarcinii, maladiilor extragenitale şi a perioadei de lăuzie, depistarea gravidelor pentru internare în secţiile de patologie a sarcinii, supravegherea de dispanser a gravidelor, pregătirea psiho-emoţională către naştere;

6.4. utilizarea contraceptivelor moderne în scop de prevenire a sarcinii nedorite;

6.5. asigurarea continuităţii examinării şi tratamentului gravidelor, instalarea legăturii bidirecţionale cu CMF, cu alte instituţii curativ-profilactice;

6.6. organizarea lucrului educativ cu populaţia de informare despre metodele moderne şi cost-efeciente în îngrijirile ante-, intra- şi neonatale;

6.7. instruirea personalului medical implicat în îngrijirile perinatale cu tehnologiile moderne promovate de OMS/ UNICEF;

6.8. transportarea gravidelor, nou-născuţilor, lăuzelor din alte instituţii;

6.9. pregătirea pentru transportare "in utero" a gravidelor cu vârsta de gestaţie până la 32 de săptămâni, precum şi gravidelor din grupul de risc la nivel terţiar. Transportarea nou-născuţilor se va efectua când copilul este transportabil, indiferent de vârsta după naştere.

6.10. implementarea noilor metode eficiente şi a măsurilor de profilaxie şi tratament, studierea şi utilizarea formelor şi metodelor avansate de lucru.

7. Statele Centrului perinatologic se stabilesc în corespundere cu normativele de state în vigoare.

8. Personalul Centrului perinatologic se călăuzeşte în activitatea sa de legislaţia muncii în vigoare, de prezentul regulament, instrucţiunile şi ordinele MS al RM.

9. Înzestrarea cu echipament, utilaj medical şi gospodăresc se face conform normativelor în vigoare.

10. Centrul perinatologic prezintă raporturi de dare de seamă în termenele stabilite de către MS RM şi completează documentaţia de evidenţă.

11. Centrul perinatologic prezintă Centrului perinatologic republican, prin poşta electronică, indicatorii referitori la supravegherea perinatală.

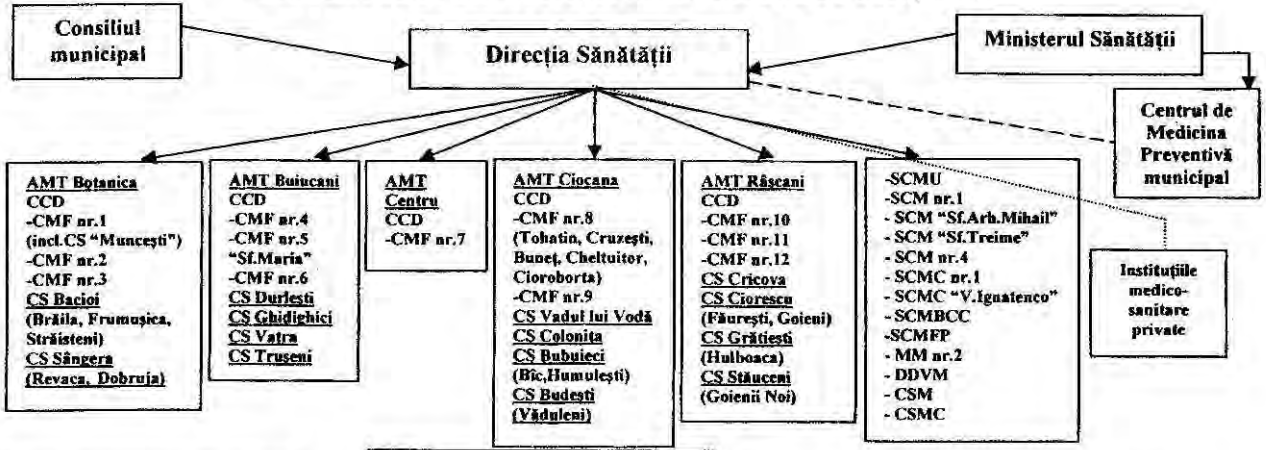
12. Centrul perinatologic aprobă regulile de aflare în staţionar pentru gravide, parturiente, lăuze, precum şi regulamentele privind funcţiile colaboratorilor săi.

13. În cadrul Centrului perinatologic se organizează Consiliul medicilor, moaşelor şi asistentelor medicale, care funcţionează conform statutului special.

14. Centrul perinatologic de nivelul II va colabora cu spitalele raionale privind acordarea asistenţei medicale populaţiei din raioanele adiacente, cât şi cu Centrul perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul III.

Anexa nr.1
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA
SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII MUNICIPIULUI CHIȘINĂU



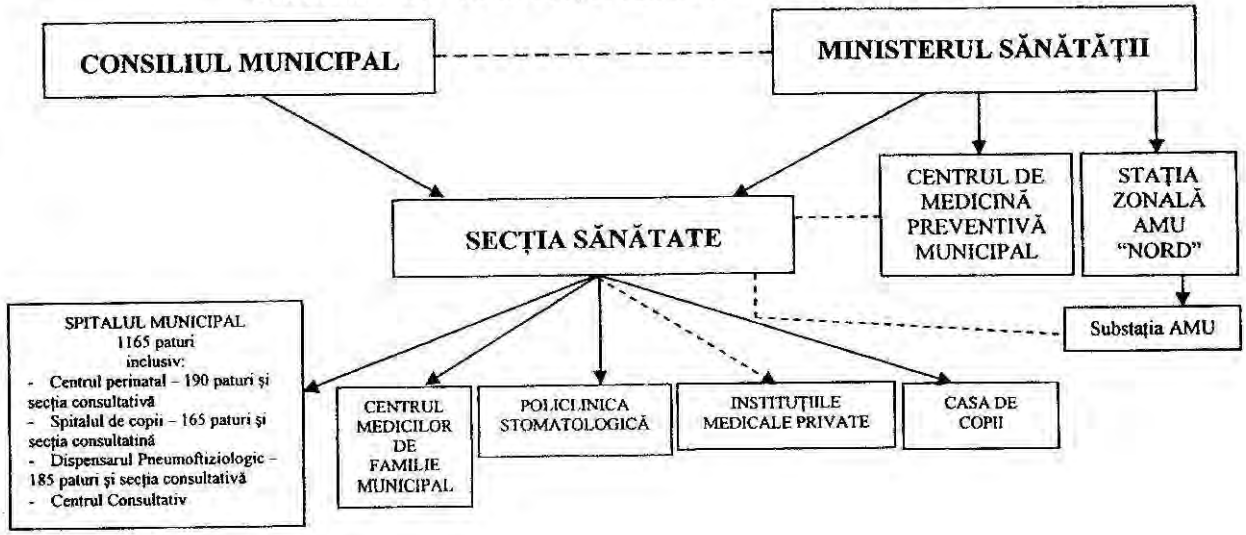
Notă:
1. AMT – Asociația medicală teritorială;
2. CMF – Centrul medicilor de familie;
3. CS – Centrul de sănătate;

4. SCMU – Spitalul clinic municipal de urgență;
5. CSM – Spitalul clinic municipal;
6. SCMC – spital clinic municipal de copii;
7. SCMBCC – spitalul clinic mun. boli cont. copii

8. SCMFP – Spitalul clinic munc.fiziopulmologie;
9. MM – Maternitatea municpală;
10. DDVM – Dispensarul dermatovenerol.municip.;
11. CSM – Centrul stomatologic municipal;
12. CSMC – Centrul stomatologic municipal copii

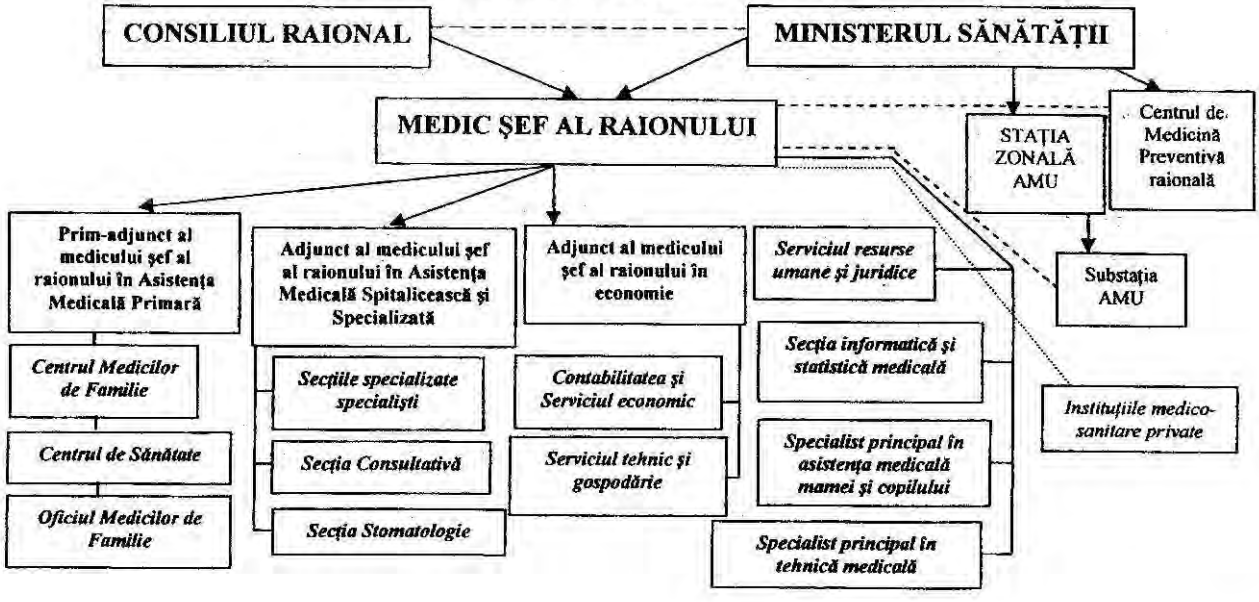
Anexa nr.2
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA
SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII AL MUNICIPIULUI BĂLȚI



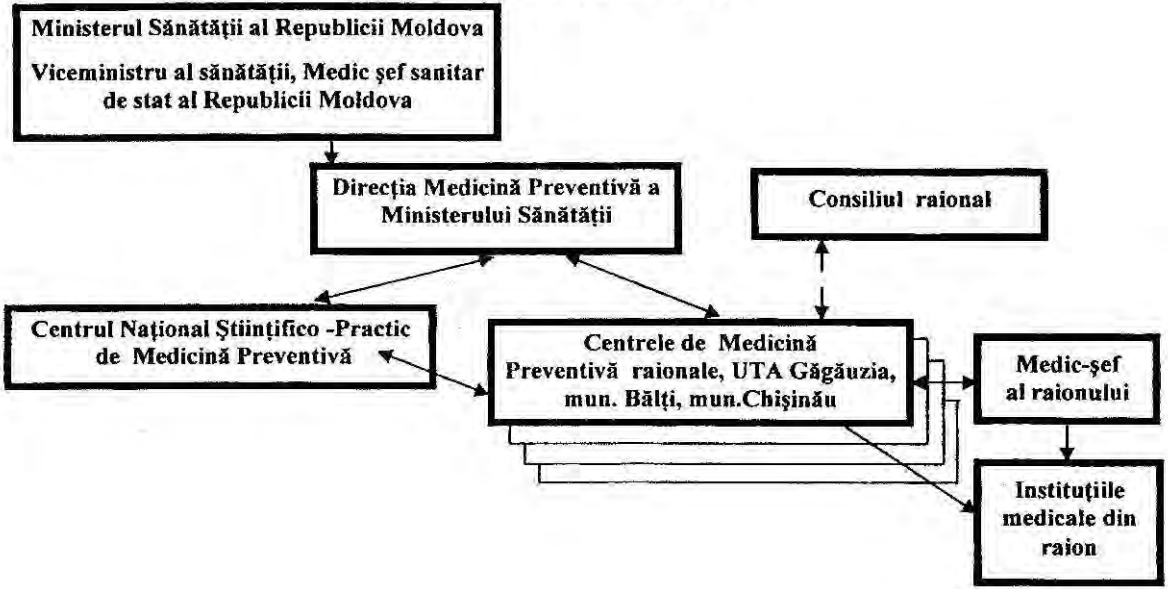
Anexa nr. 3
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII RAIONAL



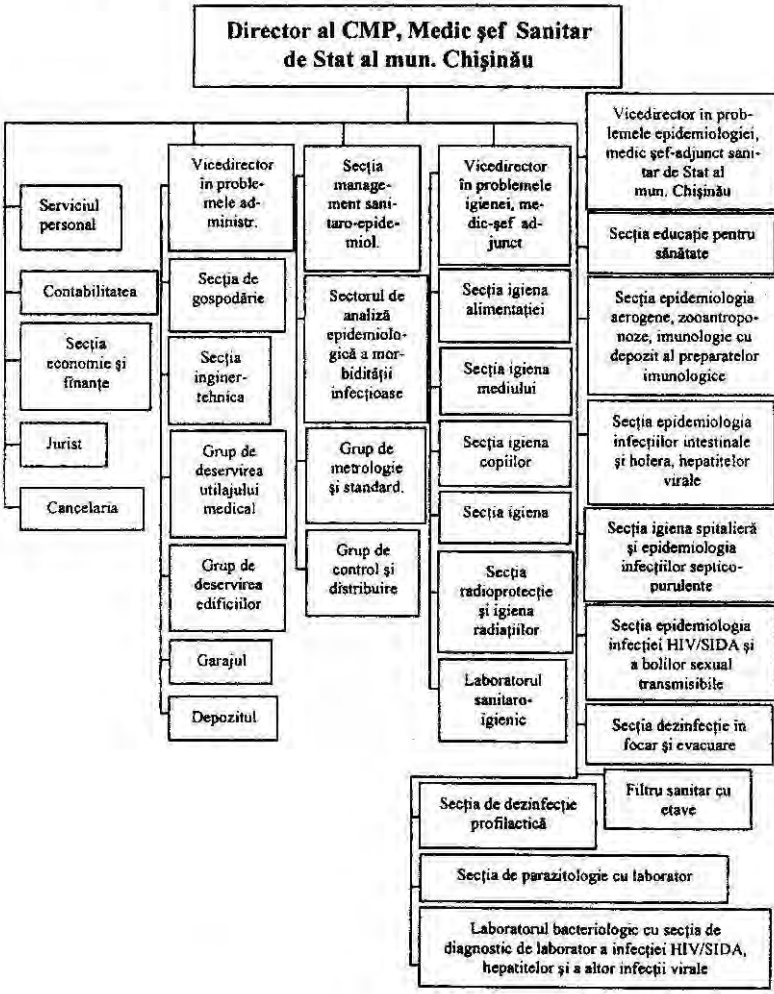
Anexa nr. 6
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT AL REPUBLICII MOLDOVA



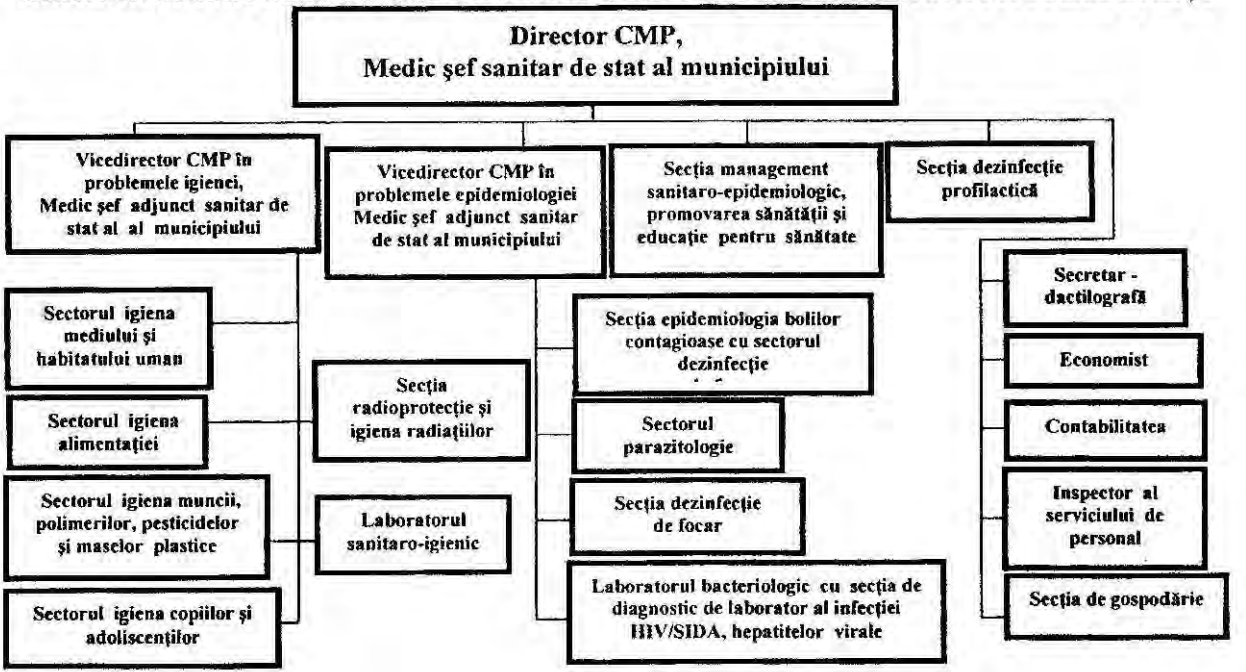
Anexa nr. 8
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ A MUNICIPIULUI CHIŞINĂU



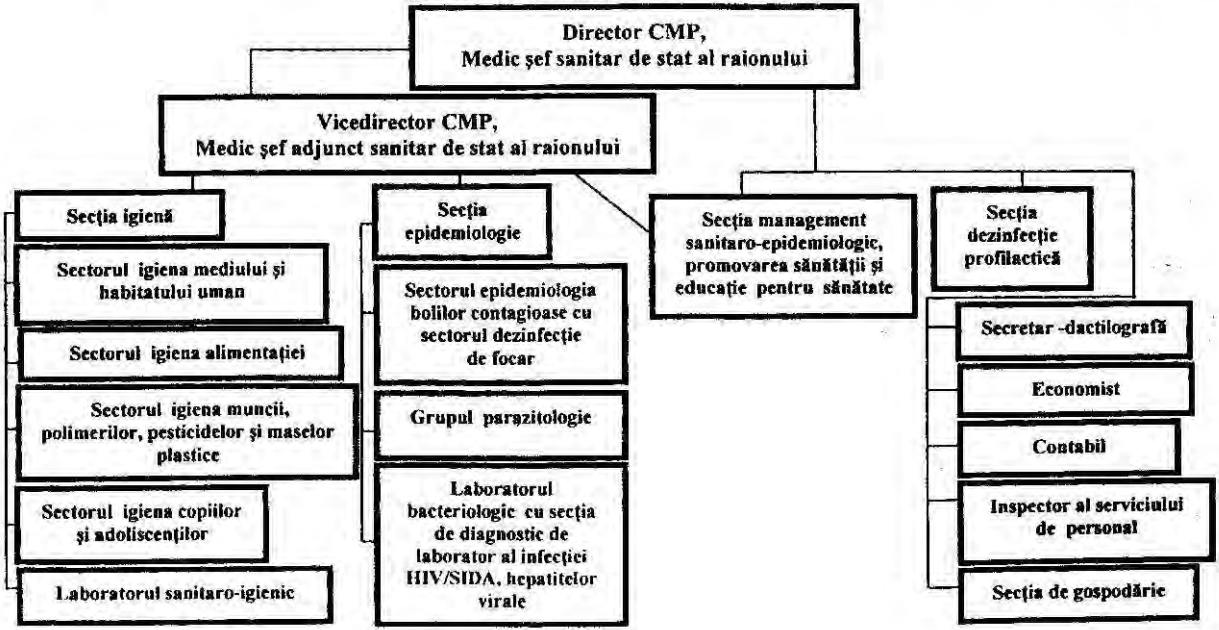
Anexa nr.9
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ A MUNICIPIULUI BĂLȚI



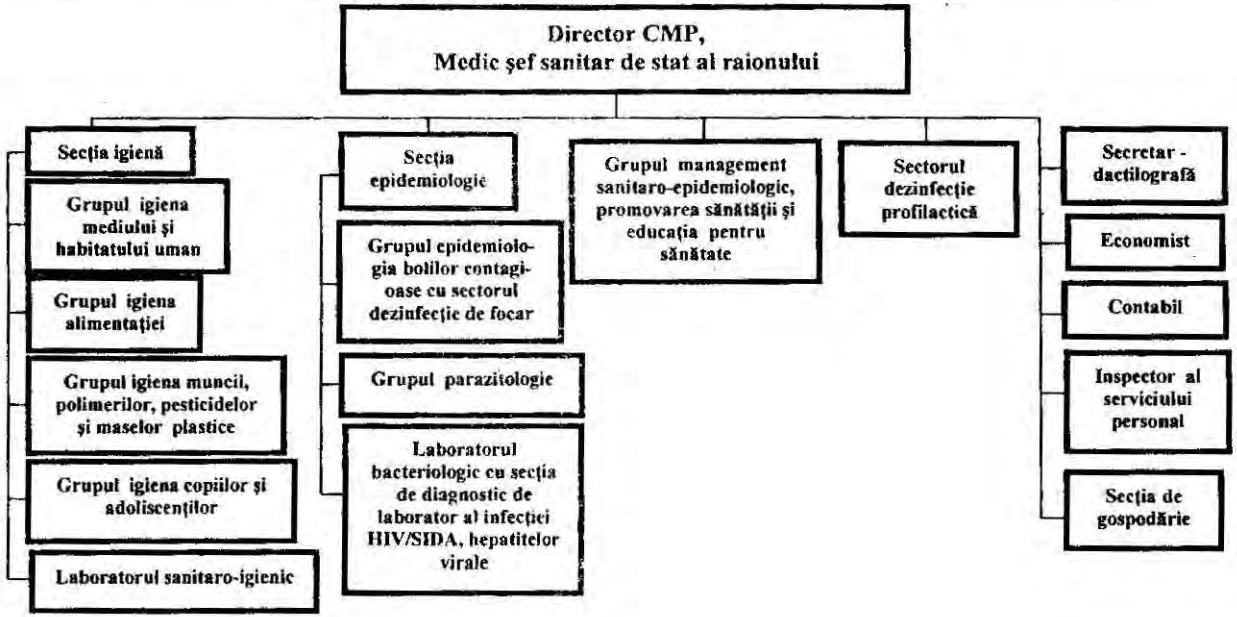
Anexa nr.10
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ RAIONAL CATEGORIA III
(peste 90 mii populaţie deservită)



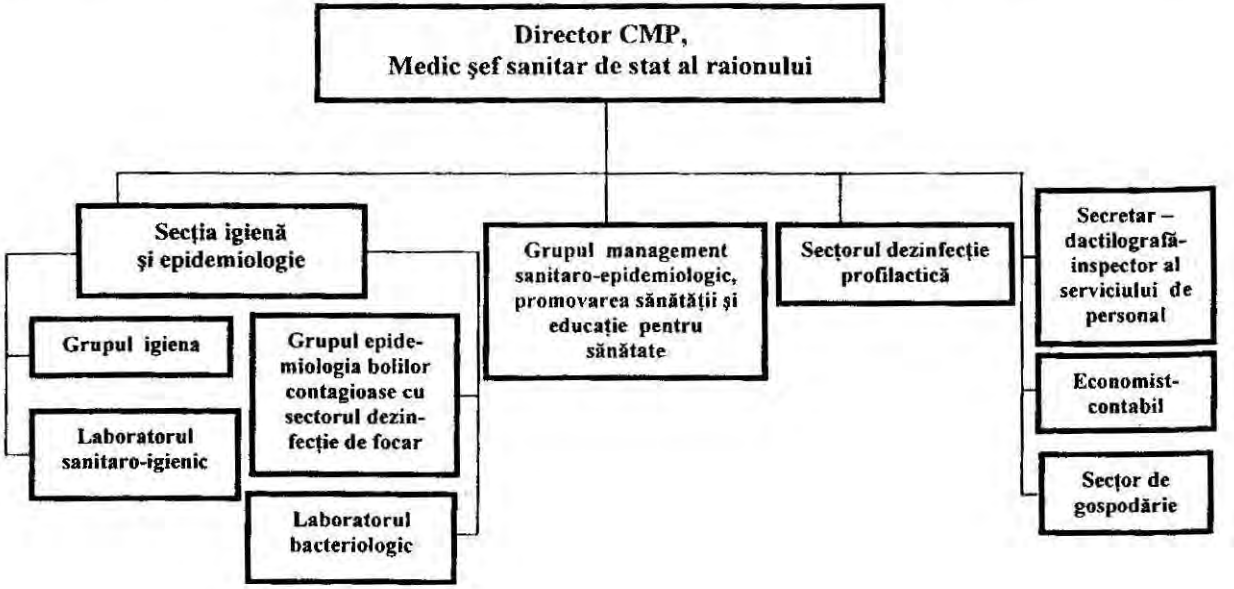
Anexa nr.11
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ RAIONAL CATEGORIA II
(peste 60 până la 90 mii populație deservită)



Anexa nr.12
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ RAIONAL CATEGORIA I
(până la 60 mii populaţie deservită)



Indică ultimele modificări
Nota: În cuprinsul legii cuvintele "instituţie medicală" se substituie prin cuvintele "prestator de servicii medicale" prin Legea nr. 549-XV din 25.12.2003

LEGEA REPUBLICII MOLDOVA

Cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală

Nr.1585-XIII din 27.02.98

(Monitorul Oficial al R.Moldova, nr. 38–39 din 30.04.1998)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică

{New}[Alin. 1 complet. prin Legea nr. 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL I

Dispoziţii generale

Articolul 1. Noţiunea de asigurare obligatorie de asistenţă medicală

(1) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiţionate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecţiune). Sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală oferă cetăţenilor Republicii Moldova posibilităţi egale în obţinerea asistenţei medicale oportune si calitative.

(2) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală se realizează prin contracte încheiate între subiecţii asigurării de asistenţa medicală, raporturile dintre care se reglementează de prezenta lege.

Articolul 2. Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

(1) Volumul asistenţei medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistenţa medicală, se prevede în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, denumit în continuare Program unic, care este elaborat de Ministerul Sănătăţii şi aprobat de Guvern.

(2) Programul unic cuprinde lista maladiilor şi stărilor ce necesită asistenţă medicală finanţată din mijloacele asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Articolul 3. Obiectul asigurării.

Obiect al asigurării obligatorii de asistenţă medicală este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistenţă medicală si farmaceutica, prevăzută in Programul unic.

Articolul 4. Subiecţii asigurării.

(1) Subiecţi ai asigurării obligatorii de asistenţă medicală sunt:

a) asiguratul;

b) persoana asigurată;

c) asigurătorul;

d) prestatorul de servicii medicale.

(2) Asiguratul este persoana fizică sau juridică, care a încheiat cu asigurătorul un contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sau care devine asigurat prin efectul prezentei legi.

{New}[Alin. (2) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Calitatea de asigurat pentru persoana angajată (salariată) o are întreprinderea, instituţia, organizaţia, denumite în continuare angajator, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare.

{New}[Alin. (3) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate:

a) copiii de vârstă preşcolară;

b) elevii din învăţământul primar, gimnazial, liceal şi mediu de cultură generală;

c) elevii din învăţământul secundar profesional;

d) elevii din învăţământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvenţa la zi;

e) studenţii din învăţământul superior universitar cu frecvenţa la zi;

f) copiii neîncadraţi la învăţătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;

g) invalizi;

h) pensionari;

i) şomerii înregistraţi oficial.

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 430-XV din 31.10.2003]

[Lit. b) complet. prin Legea Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(5) Calitatea de asigurat si de plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru persoanele neangajate, care nu sunt indicate la alin.(4), o au ele insele.

{New}[Alin. (5) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(6) Persoane asigurate pot fi atât cetăţenii Republicii Moldova, cât şi cetăţenii străini sau apatrizii aflaţi în Republica Moldova, în interesul cărora au fost plătite prime de asigurare obligatorie de asistenţă medicală in mărimea şi în termenul stabilit de legislaţie.

{New}[Alin. (6) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(7) În sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, asigurător este Compania de în Medicină şi agenţiile ei teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (7) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(8) Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, denumiţi în continuare prestatori de servicii medicale, sunt instituţiile medico-sanitare care au încheiat contract de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu Compania Naţională de Asigurări în Medicina sau cu agenţiile ei teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (8) in red. Legii N 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL II

Sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală

Articolul 5. Principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

(1) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală se efectuează conform principiilor teritorial şi pe ramuri de producţie şi cuprinde toată populaţia Republicii Moldova.

(2) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a persoanelor angajate se efectuează din contul mijloacelor patronilor şi ale 3) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a persoanelor neangajate enumerate la art. 4 alin. (4) se realizează din contul bugetului de stat.

{New}[Alin. (3) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 430-XV din 31.10.2003]

(4) Asistenţa medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgenţe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viaţa persoanei, şi asistenţa medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde examenul clinic (subiecţiv şi obiectiv), cu recomandarea investigaţiilor şi tratamentului persoanelor pentru care statul nu este plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, se realizează din fondul de rezerva al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, format din mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

[Alin. (3) introd. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 6. Contractul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

(1) Între asigurat şi asigurător se încheie un contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, conform căruia asiguratul se obligă să plătească asigurătorului primele de asigurare, iar asigurătorul îşi asumă obligaţia să organizeze şi să finanţeze asistenţa medicală necesară persoanei asigurate în volumul şi de calitatea prevăzută în Programul unic.

{New}[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Încheierea contractului de asigurare este confirmată prin eliberarea de către asigurător, fiecărei persoane asigurate, a unei polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală, în temeiul căreia aceasta va beneficia de întregul volum de asistență medicală prevăzut în Programul unic și acordat de prestatorii de servicii medicale din Republica Moldova.

{New}[Alin. (2) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Modelul contractului-tip de asigurare obligatorie de asistență medicală și modelul poliței de asigurare se aprobă de Guvern.

Articolul 7. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) Între asigurător și prestator de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală coordonat cu Ministerul Sănătății, daca parte la contract este un prestator de servicii medicale republicană sau cu direcția de sănătate a administrației publice locale de nivelul al doilea dacă parte la contract sunt prestatori de servicii medicale altele decât cele republicane, conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistența medicală calificata, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic, iar asigurătorul se obliga să achite costul asistenței medicale acordate.

{New}[Alin. (1) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (1) complet. prin Legea Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(2) Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aproba de Guvern.

Articolul 8. Prestarea serviciilor peste Programul unic.

(1) Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.

(2) Licența pentru efectuarea asigurării facultative de sănătate se eliberează în modul stabilit de legislație.

{New}[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]
[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 333-XV din 24.07.2003]
(3) Instituţiile medicale acordă asistenţă în cadrul asigurărilor facultative de sănătate fără a aduce prejudicii volumului şi calităţii asistenţei medicale acordate in conformitate cu Programul unic.
(4) Tarifele la serviciile medicale şi alte servicii prestate în cadrul asigurării facultative de sănătate se stabilesc prin acordul dintre asigurător, asigurat şi prestatorul de servicii medicale.
(5) Asigurarea facultativă de sănătate se efectuează din contul angajatorilor şi din mijloacele cetăţenilor.
{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]
[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]
(6) Mărimea primelor în asigurarea facultativă de sănătate se stabileşte prin acordul părţilor.
Articolul 9. Asigurarea cu asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor.
(1) Asigurarea de asistenţa medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se realizează la trecerea de către aceştia a frontierei de stat a Republicii Moldova sau la eliberarea vizei.
(2) Cetăţenii străini şi apatrizii aflaţi în Republica Moldova au în domeniul asigurării obligatorii de asistenţă medicală aceleaşi drepturi şi obligaţii ca şi cetăţenii Republicii Moldova, cu excepţia cazurilor când tratatele internaţionale prevăd altfel.
(3) Condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se elaborează şi se aprobă de Guvern.

CAPITOLUL III

Drepturile şi obligaţiile subiecţilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală

Articolul 10. Asiguratul
(1) Asiguratul este în drept să efectueze controlul îndeplinirii clauzelor contractului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.
(2) Asiguratul este obligat:

a) să încheie contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală cu Agenţia teritorială a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină;

b) să achite primele de asigurare în modul stabilit de legislaţie şi de contractul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;

{New}[Lit. b) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

c) să nu împiedice realizarea masurilor de depistare şi studiere a factorilor cu influenţa nefavorabilă asupra sănătăţii contingentului care urmează să fie asigurat (sau este deja asigurat) şi, în limitele competenţei sale, sa ia masuri de înlăturare a lor.

d) să prezinte asigurătorului, o dată cu încheierea contractului de asigurare, listele de evidenţă nominală a persoanelor asigurate, conform modelului stabilit de asigurător;

e) să comunice în scris asigurătorului, în termen de 15 zile, despre toate schimbările survenite în listele sale de evidenţă a persoanelor asigurate, în vederea anularii poliţelor de asigurare nevalabile sau obţinerii de noi poliţe.

{New}[Lit. d), e) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 11. Persoana asigurată.

(1) Persoana asigurată are dreptul:

a) să aleagă prestatorul de servicii medicale primară şi medicul de profil general;

b) să i se acorde asistenţă medicală pe întreg teritoriul Republicii Moldova;

c) să beneficieze de servicii medicale în volumul şi de calitatea prevăzute în Programul unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare achitate;

d) să intenteze acţiuni asigurătului, prestatorului de servicii medicale, inclusiv pentru a obţine compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora.

(2) Persoana asigurată este obligată:

a) să păstreze poliţa de asigurare obligatorie de asistenţă medicală şi să o prezinte în cazul când se adresează prestatorului de servicii medicale;

b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, acea parte din costul serviciilor medicale ce i-au fost acordate peste volumul prevăzut în Programul unic.

Articolul 12. Compania Națională de Asigurări în Medicina.

(1) Compania Națională de Asigurări în Medicină este organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, și se înființează de Guvern.

{New}[Alin. (1) in red. Legii N 549-XV din 25.12.2003]

(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept:

a) să realizeze, în conformitate cu prezenta lege, asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova, a cetățenilor străini și apatrizilor aflați pe teritoriul ei;

b) să participe la acreditarea prestatorilor de servicii medicale;

c) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;

d) să intenteze acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucratorului medical în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat Sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;

e) să constituie suplimentar, pe lângă fondurile indicate la art. 16 alin. (1), fonduri de rezervă pe tipurile de Asigurări care au atribuție la medicină și sănătate.

(3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:

a) să încheie cu prestatorii de servicii medicale contracte de acordare a asistenței medicale persoanelor asigurate;

{New}[Lit. a) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

b) să elibereze, la momentul încheierii contractului de asigurare, polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală;

c) să verifice corespunderea cu clauzele contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate;

d) să apere interesele persoanelor asigurate;

e) să încheie contracte de reasigurare.

Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale.

În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistență medicală se acordă de prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația.

{New}[Art. 13 în red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 14. Răspunderea Subiecților sistemului asigurării de asistență medicală.

(1) Pentru neplată, în termenul stabilit de legislație, a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală, asiguratul plătește o penalitate, calculată în conformitate cu legislația, pentru perioada care începe după scadența primei de asigurare și se încheie în ziua plății efective a acesteia.

{New}[Alin. (1) în red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Asigurătorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și Sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient.

(3) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale în modul și în termenele prevăzute în contracțiile încheiate cu ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.

(4) Instituțiile medicale răspund, în conformitate cu legislația și cu clauzele contractului, pentru volumul și calitatea serviciilor medicale prestate și pentru refuzul de a acorda asistență medicală persoanei asigurate.

Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres.

Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale) sunt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic.

{New}[Art. 15 modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL IV

Mijloacele financiare ale asigurării obligatorii de asistență medicală și modul lor de utilizare

Articolul 16. Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor obținute din primele de asigurare, următoarele fonduri de asigurare:

a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale;

b) fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;

c) fondul masurilor de profilaxie.

(2) Compania Națională de Asigurări în Medicina are dreptul să investească mijloacele băneşti temporar disponibile ale fondurilor menționate în hârtii de valoare de stat și depozite bancare. Venitul obținut din atare investiții va fi utilizat pentru completarea acestor fonduri.

(3) Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu intră în componența bugetelor și altor fonduri și nu sunt supuse sechestrării și impozitării.

(4) Modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se stabilește printr-un regulament aprobat de Guvern.

Articolul 17. Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală.

(1) Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii, pe care asiguratul este obligat sa o plătească asigurătorului pentru preluarea riscului persoanei asigurate, conform prevederilor legislației și contractului de asigurare.

{New}[Alin. (1) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală se stabilesc ca contribuţii financiare în mărimi suficiente pentru îndeplinirea Programului unic şi desfăşurarea activităţii asigurătorului.

(3) Mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se stabileşte anual prin lege, în funcţie de suma prevăzută de legea bugetului pe anul respectiv, pentru o persoana din categoria care este asigurată din buget.

{New}[Alin. (3) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(4) Mărimea primei de asigurare în formă de contribuţie procentuală la salariu şi la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii se stabileşte anual prin lege şi reprezintă raportul mărimii primei de asigurare în formă de suma fixă la salariul mediu anual pe economie prognozat pentru anul următor, exprimat în procente.

{New}[Alin. (4) introd. prin Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(5) Achitarea primelor pentru asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a populaţiei angajate se face din contul contribuţiilor angajatorului şi angajatului.

{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(6) Participarea angajatului la achitarea primei se determină diferenţiat, în funcţie de mărimea salariului lui, şi începe din momentul încheierii contractului de muncă.

[Alin. (5) excl. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]

[Numer. modif. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]

(7) Mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare se stabilesc prin lege.

(8) Acţiunea contractului de asigurare se suspendă dacă, după expirarea a două luni de la data de achitare stabilită, primele de asigurare nu au ajuns pe contul asigurătorului. Sancţiunea în cauză nu se extinde asupra stărilor de urgenţă, care pun în pericol viaţa persoanei asigurate.

Articolul 18. Acoperirea cheltuielilor de tratament.

(1) Toate cheltuielile legate de acordarea de către persoanele asigurate a asistenţei medicale în volumul prevăzut de Programul

unic asigurătorul le achită trimestrial, conform facturilor prezentate de prestatorul de servicii medicale.

(2) Asigurătorul este în drept să achite în avans cheltuielile pentru prestarea serviciilor medicale, conform condițiilor stabilite în contract.

{New}[Alin. (2) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Factura se perfectează de prestatorul de servicii medicale în baza calculării cheltuielilor, conform registrului persoanelor asigurate, care au beneficiat de asistența medicală în perioada respectivă.

(4) Colectarea facturilor de la prestatorii de servicii medicale și analiza acestora o face asigurătorul prin intermediul agențiilor sale teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (4) modif. și complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(5) Modelele de facturi și de registre, modul de perfectare și termenul prezentării lor se elaborează de Compania Națională de Asigurări în Medicină și se aprobă de Ministerul Sănătății.

{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 19. Impozitarea Subiecților asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) Impozitarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină se efectuează în conformitate cu legislația.

(2) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală se achită de către patron, cu deducerea sumei lor din venitul impozabil.

(3) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, achitate de către persoanele angajate din propriile mijloace, se deduc din venitul acestor persoane până la impozitare.

(4) Veniturile provenite din activitatea prestatorilor de servicii medicale legată de realizarea Programului unic nu sunt impozabile.

Articolul 20. Soluționarea litigiilor.

Litigiile apărute în procesul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală se soluționează de către instanțele judecătorești competente.

CAPITOLUL V

Dispoziţii finale şi tranzitorii

Articolul 21

(1) Prezenta lege se pune în aplicare de la data publicării pe etape:

I etapă – anul 1998 – cuprinde pregătirea cadrului normativ necesar pentru realizarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţa medicală, efectuându-se concomitent Asigurări facultative de sănătate. Asigurării obligatorii de asistenţă medicală, la această etapă, vor fi supuşi numai cetăţenii străini şi apatrizii aflaţi în Republica Moldova;

a II-a etapă – din 1999 se prevede aplicarea integrală a prezentei legi. Persoanele neîncadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, până la aplicarea integrală a prezentei legi, vor beneficia de servicii medicale, în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Articolul 22

Guvernul, în termen de 3 luni:

a) va prezenta Parlamentului propuneri pentru sincronizarea legislaţiei cu prezenta lege;

b) va sincroniza propriile acte normative cu prezenta lege;

c) va aproba Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

{New}[Lit. c) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

d) va aproba statutul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină;

e) va stabili structura, schema de încadrare şi plafonul cheltuielilor administrative ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină;

f) va asigura elaborarea şi va aproba condiţiile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor aflaţi în Republica Moldova;

g) va aproba Regulamentul cu privire la modul de constituire şi administrare a fondurilor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală şi alte documente în problemele asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Preşedintele
parlamentului **Dumitru MOŢPAN**

Chişinău, 27 februarie 1998.
Nr. 1585-XIII

BIBLIOGRAFIE

A. De bază

1. Vlădescu Cristian. **Managementul serviciilor de sănătate.** Bucureşti: *Editura "Expres"*, 2000, 335 p.

2. Volovei V., Tintiuc D., Rusu A. **Strategia de dezvoltare şi reformare a sistemului sănătăţii din Republica Moldova în condiţiile noi.** Chişinău, 1995, 55 p.

3. Coroi V., Gorgos C. **Medicina Socială.** Bucureşti, 1980, 406 p.

4. Duda R. **Sănătatea publică şi management.** Iaşi, 1996, 210 p.

5. Enăchescu D. **Medicina socială – element de biostatistică.** Bucureşti, 1990, 24 p.

6. Enăchescu D. **Medicina socială: note şi suporturi de curse.** Bucureşti, 1992, 248 p.

7. Enăchescu D., Marcu Gr. **Sănătate Publică şi Management sanitar.** Bucureşti: *Editura ALL*, 1998, 152 p.

8. Eţco C., Goma L., Reabov E. şi al. **Economia ocrotirii sănătăţii.** Chişinău, 2000, 376 p.

9. **Legea cu privire la aigurarea obligatorie de asistenţă medicală**, nr. 1585, 1998.

10. **Legea ocrotirii Sănătăţii MORM**, nr, 5, 1995.

11. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В., Отдельная К. А., Денисов И. Н.. Учебник: **Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения**, Казань, 697 с.

12. Marcu M. G., Galieta Muncă. **Sănătate publică şi management sanitar.** Bucureşti, 2003, 366 p.

13. Миняев В.А., Вишняков В.И., Юрьев В.К. **Социальная медицина и организация здравоохранения.** В 2-х томах. Санкт-Петербург, 1998.

14. Планирование семьи и репродуктивное здоровье, Кишинев, 2004, 35 с.

15. Popuşoi E., Spinei L., Iodco N., Ştefănet S.. **Direcţia profilactică în ocrotirea Sănătăţii şi organizarea dispensarizării populaţiei mature**. Chişinău, 1998, 31 p.

16. Раевский М.. **Состояние и перспективы развития санитарной помощи населению,** Кишинев, 1998, 120 с.

17. Rugină Valeriu. **Curs de medicină socială**, Iaşi, 1986, 483 p.

18. Тестемицану Н.А., Тинтюк Д.В. **Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению**. Кишинев: *Штиинца*, 1987, 140 с.

19. Tintiuc D., Eţco C., Grosu Iu., Spinei L., Raevschi M., Onceanu I., Iodko N., Gherman V., Leşanu A. **Sănătate Publică şi Management**, Manual. Chişinău, 2002, 720 p.

20. **The new public health**. T.Tulchinsky, E.Varaviakova, Academic press, 2000, 744 p.

21. Tulchinski T. H., Elena A.Varavikova. **Noua sănătate publică** (Introducere în sec.XXI) Ulisse, 2003, 723 p.

22. Tulchinsky T., Varavikova E. **The new public health**. – Ierusalim, 1999, 1027 p.

23. **Управление здравоохранением**. Учебник /Под ред. Кучеренко В.З. Москва, 2001, 448 с.

B. Suplimentară

1. Ancuşa Mircea, Ciobanu Virgil. **Probleme de sănătate publică**. Timişoara: *Ed. Mirton*, 1998, vol. I, II.

2. Кант В.И. **Методы системного подхода и их применение в практике здравоохранения**. М., 1978, 136 с.

3. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. **Asigurări de sănătate în Republica Moldova**. Chişinău, 1998, 95 p.

4. Hiltrop Jean M., Udal Shelia **Arta negocierii**. Bucureşti: *Editura Teora*, 1998.

5. **Epidemiologia bolilor netransmisibile** / Sub red. Aurel Ivan şi coautorii. Bucureşti, 1981, 670 p.

6. Jompon Axilon **Medicina de familie**. Timişoara: *Ed. Helicon*, 1997, 189 p.

7. **Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală**. nr. 1585-XIII din 27.02.1998.

8. **Legea ocrotirii sănătăţii** //Monitorul oficial al Republicii Moldova. nr.5, 1995, 66 p.

9. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Ромашов П.Г. **Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений.** Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.

10. Puia S.L., Marinescu B. **Compendiu practic de planificare familială**. 1996, 301 p.

11. Spinei L., Popuşoi E. **Handicapul infantil ca problemă medico-socială**, Chişinău, 2004, 208 p.

12. Шейман И. М. **Реформа управления и финансирования здравохранения**. М.: *Изд. центр «Русь»*, 1998, 336 с.

13. **Экономика и инвенционные пройессы в здравоохранении**, под. ред. Кучеринко В. З., Москва, 1994, 293 с.

14. Экспертиза временной нетрудоспособности / Под. ред. Вишнякова Н. И., 1995.

CUPRINS

Prefaţă 3

Indicaţii metodice pentru instruire la Sănătatea publică şi management 6

PARTEA I

A. **Medicină Socială şi biostatistică**

1. Sănătatea publică – ştiinţă şi obiect de studiu 8
2. Biostatistică şi însămnătatea ei în evaluarea sănătăţii populaţiei sanitare. Valorile relative 14
3. Seriile variabile. Valorile medii şi aprecierea autenticităţii lor 27
4. Reprezentarea grafică a valoriloe relative şi medii 37
5. Metoda directă de standardizare 42
6. Seriile cronologice 51
7. Analiza de corelaţie 58
8. Analiza regresiei 65
9. Aplicarea metodelor epidemiologice în studierea stării de sănătate 72
10. Etapele studiului statistic 81
11. Demografia medicală 85
12. Morbiditatea populaţiei 99
13. Educaţia pentru sănătate a populaţiei. Promovarea modului sănătos de viaţă 109

B. **Planul tematic al prelegilor şi lecţiilor practice la Medicina Socială** 117

C. **Indicatorii pentru evaluarea sănătăţii populaţiei RM** 118

D. **Documente legislative:**

- Hotărârea Guvernului RM nr. 1000 din 28.IX.1998 „Cu privire la Programul de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă (MSV)" 123
- Programul naţiohnal de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovarea MSV 125

– Ordinul MS RM nr. 225 din 23.09.1999 „Cu privire la perfecționarea măsurilor de educație pentru sănătate a populțaiei și promovarea MSV" 136
– Hotărârea Guvernului RM nr. 717 din 7. 06. 2003 „Despre aprobarea Concepției organizării și funcționării monitoringului socio-igienic în RM și Regulamentului privind monitoringul socio-igienic în RM".... 173

PARTEA a II-a

A. Managementul serviciilor de sănătate
1. Analiza și evaluarea indicilor de activitate a instituțiilor de sistență medicală primară 185
2. Analiza de evaluarea indicilor activității staționarului.. 191
3. Analiza și evaluarea indicilor asistenței medicale acordate gravidelor, parturientelorm lăuzelor și copiilor..... 196
4. Expertiza medicală a vitalității 205
5. Planificarea sistemului sănătății 215
6. Economia sanitară și managementul financiar în sănătate 221
7. Managemetul sistemului sănătății 240

B. Planul tematic al prelegerilor și lecțiilor practice la managementul serviciilor de sănătate 249

C. Indicatorii de bază pentru evaluarea activității instituțiilor medicale publice 250

D. Documente legislative 252
– Legea Republicii Moldova Ocrotirii Sănătății 252
– Ordinul MS RM, nr. 190 din 23 iunie 2003 „Cu privire la instruirea structurii sistemului sănătății raionale (municipale)" 282
– Legea Republicii Moldova. Cu privire la asigurarea obligatorie a asistenței medicale nr. 15985 – XII din 27.02.1998 310

Bibliografie (de bază și suplimentară) 324

Ediția e dedicată aniversării a 60 de ani de la fondarea Catedrei

În anul 1945 în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău a fost înființată catedra Organizarea ocrotirii sănătății, fondator și primul șef al căreia fiind dr. hab. șt. med., prof. universitar Moisei Ghehtman.

În anul 1973 șef al catedrei a fost numit prof. universitar, Laureat al Premiului de Stat Nicolae Testemițanu, sub conducerea căruia pentru prima dată a fost elaborată concepția – lichidarea diferențelor esențiale de nivel și calitate a asistenței medicale populației urbane și rurale .

Ulterior catedra a fost condusă de dr. hab. șt. med., prof. universitari V. Cant, I. Prisacari, E. Popușoi. În prezent în fruntea catedrei se află dr.hab.șt.med., prof. universitar Dumitru Tintiuc.

Concomitent cu ac tivitatea didactică întru pregătirea universitară și postuniversitară a cadrelor medicale, colectivul catedrei efectuează cercetări științifice în următoarele direcții:

* problemele actuale ale sănătății populației din Republica Moldova;
* epidemiologia bolilor cronice netransmisibile;
* organizarea asistenței medicale populației urbane și rurale.

Actualmente, în cadrul catedrei activează 3 doctori habilitați în științe medicale, profesori universitari, 14 doctori în științe medicale, conferențiari universitari.